

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

**Abordagem Psicoeducativa nos Cuidados de
Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica**

Célia Maria Pires Miranda

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio


**Abordagem Psicoeducativa nos Cuidados de
Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica**

Célia Maria Pires Miranda

Orientador: Patrícia Pereira

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*Não é o desafio
Que define quem somos
Nem o que somos capazes de fazer.
O que nos define é o modo
Como enfrentamos o desafio:
Podemos deitar fogo às ruínas,
Ou construir um caminho através delas,
Passo a passo, rumo à liberdade.”*

Richard Bach (2003)

DEDICATÓRIA

Ao Ricardo pelo incentivo e apoio,

Ao Martim pelo que deixei de brincar com ele e em que estive menos disponível,

Aos meus pais por todo o apoio e suporte incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pereira, orientadora deste relatório, pela disponibilidade e sapiência na orientação deste trabalho.

Aos enfermeiros David Paniágua e Cláudia Campos, orientadores de estágio, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram, pelo empenho e envolvimento no desenvolvimento do meu projeto.

À minha amiga Lúcia pelo caminho que fizemos juntas.

Aos utentes e seus familiares por terem participado no trabalho de projeto, pois sem eles não tinha sido possível a realização deste.

A todos (família, amigos, colegas de trabalho, colegas de curso) que de uma forma ou de outra, ajudaram na elaboração deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCEEEESM – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

RESUMO

Este relatório pretende descrever e analisar de forma crítica e reflexiva a execução de um projeto de estágio realizado em contexto de internamento e comunidade, que se intitula *abordagem psicoeducativa nos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica*.

Com este projeto pretendi evidenciar a abordagem psicoeducativa efetuada pelo enfermeiro, na pessoa com doença mental grave e na sua família. O enfermeiro pode ajudar a pessoa com patologia mental a compreender e a lidar melhor com sua doença, minimizando os sintomas e prevenindo as recaídas. É igualmente importante capacitar a família de informação para que esta se sinta acompanhada e apoiada.

As intervenções de enfermagem foram suportadas pelo pensamento de Afaf Meleis - teoria das transições, uma vez que esta teoria permite aos enfermeiros uma melhor compreensão das pessoas, nomeadamente nas situações de transição que vivenciam. Quando um elemento da família sofre de doença mental considera-se que há um processo de transição, levando a um conjunto de mudanças na situação de vida. Os enfermeiros podem marcar a diferença neste processo de transição, providenciando intervenções adequadas para ajudar as pessoas neste processo de mudança, nomeadamente, promover na pessoa com doença mental grave e na sua família a aquisição de competências que os ajudem a incorporar novos conhecimentos e a alterar comportamentos para lidar com a situação de doença.

Ajudar as pessoas no processo de transição envolve o fornecimento de informação sobre a patologia e sobre os sistemas de apoio social, a promoção de ligações fortes com os outros e a orientação da pessoa/família para estratégias de adaptação à mudança.

A conjugação entre os conhecimentos teóricos, a prática clínica e a reflexão sobre a mesma permitiu adquirir um conjunto de aprendizagens e vivenciar um conjunto de experiências que culminaram na aquisição de competências específicas como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Palavras-chave: Enfermagem, psicoeducação, intervenção familiar, família, doença mental.

ABSTRACT

This report aims to describe critically and analyze reflectively a internship project, carried out in a hospital and a community context. Wich is called Psychoeducation approach in nursing care whithin mental and psychiatric health.

This project intended to highlight the psychoeducationl approach performed by nurses, he person with mental illness and their family. Nurses can help the person with mental illness to better understand and cope with their disease, reducing symptoms and preventing relapses. On other hand, it's equally important to involve the family, so that they are properly informed and they feel accompanied and supported, so that both of them have a more adapted life to pathology, with the least possible damage to balance and well-being.

The nursing interventions were supported by the thought of Afaf Meleis When a family member suffering from mental illness is considered that there is a transition, leading to a number of changes in life situation.

When a family member suffers from mental illness, we can considered that there is a transition process, leading to a set of changes in life situation.

Nurses can make a difference in this transition process, providing appropriate interventions to help people in this process of change, in particular, they can promote skills acquisition that will help the person with mental illness and their families, to incorporate new knowledge and to change behavior set to cope with the disease situation.

Help people in the transition process involves providing information about the disease and social support systems, to promote strong connections with others and the orientation of the person / family to adaptation to change strategies.

The combination of theoretical knowledge and clinical practice and reflection allowed me to acquire a set of apprenticeship and experience a whole new experiences that combined in specific skills acquisition as a mental health and psychiatry specialist nurse.

Keywords: Nursing, Psychoeducation, family intervention, family, mental illness

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 – Modelo teórico – Teoria das transições de Afaf Meleis	13
1.2 – Saúde/Doença mental	17
1.3 – Família	18
1.4 – Intervenção Familiar	19
1.5 – Psicoeducação	22
1.6 – Cuidados de Enfermagem em SMP	23
2. PROJETO DE ESTÁGIO	25
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
3.1 – Contexto de internamento	30
3.2 – Contexto comunitário	46
4. AVALIAÇÃO	58
5. CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos Específicos de Estágio

Apêndice II – Objetivos de Estágio para o Internamento

Apêndice III – Objetivos específicos de Estágio reformulados

Apêndice IV – Avaliação das Abordagens Psicoeducativas ao Familiar Cuidador

Apêndice V – Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

Apêndice VI – Plano de Cuidados

Apêndice VII – Plano de Sessão

Apêndice VIII – Avaliação das Necessidades do Familiar Cuidador

Apêndice IX – Folhetos

ANEXOS

Anexo I – Diagrama da Teoria das Transições de Meleis

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), concretizei este relatório de estágio com o objetivo geral de descrever as aprendizagens realizadas ao longo do curso e dos dois campos estágios de forma a adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os objetivos específicos deste relatório são:

- Descrever o enquadramento teórico do trabalho desenvolvido;
- Expor o decorrer da execução do projeto de estágio;
- Explicitar as aprendizagens adquiridas ao nível das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

Segundo Casanova (2008), o relatório é uma exposição escrita objetiva do que se observou, viu e analisou e tem como objetivo comunicar as atividades desenvolvidas numa determinada área, ou seja, é uma síntese de toda a ação desenvolvida.

Este relatório reúne todos os aspetos que valorizei como sendo importantes no meu processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, assumindo-se como um instrumento reflexivo com recurso à metodologia descritiva.

O estágio teve uma duração total de 500 horas, que decorreu entre 28 de Setembro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016 e que permitiu desenvolver o projeto de estágio de forma a adquirir competências necessárias ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

O projeto intitula-se “Abordagem psicoeducativa nos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica” e tem como objetivo desenvolver intervenções psicoeducativas a pessoas com doença mental e familiares, com o intuito de melhorar o relacionamento da pessoa doente com a família promovendo a participação no projeto de vida do mesmo, mantendo a estabilização do seu estado de doença, incidindo no ensino à família sobre a patologia, técnicas para lidar com os sintomas e as crises e fortalecimento de áreas positivas da família.

Considero necessária a existência de uma atuação pedagógica e formativa direcionada às pessoas com doença mental e aos seus familiares, ou seja, é necessário sensibilizar as famílias para os aspetos clínicos da doença promovendo simultaneamente a mudança no padrão relacional entre essa família e a pessoa doente de forma a promover o seu processo adaptativo.

Saliento que foram realizadas alterações ao projeto inicial, uma vez que surgiram imprevistos que mereceram a minha reflexão crítica.

Para desenvolver este projeto escolhi dois contextos, como referido anteriormente: internamento de agudos em que dei primazia à observação, comunicação e relação com a pessoa/família que padece de uma doença mental e em comunidade que focalizei a minha ação nas intervenções psicoeducativas à pessoa/família.

Ambos os contextos pertencem ao distrito de Lisboa e o contexto comunitário foi o período de estágio mais longo porque considero que a prestação de cuidados mais próximos das pessoas vem facilitar uma maior participação dos utentes e das suas famílias na sociedade.

As intervenções familiares, nomeadamente as de cariz psicoeducacional, continuam com escassa implementação em Portugal, apesar do seu amplo reconhecimento e utilidade na redução das taxas de recaída e internamento dos doentes, na redução do custos associados ao tratamento e cuidado do doente, na melhoria da adesão ao tratamento antipsicótico, no aumento da participação do doente na sua reabilitação e na melhoria do funcionamento social dos utentes (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correia, Fadden, 2006; Mcfarlane, Dixon, Lukens, Lucksted, 2003).

Neste contexto, considerei relevante desenvolver intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, de cariz psicoeducativo, que deem resposta às várias necessidades e dificuldades dos utentes com doença mental e seus familiares.

O modelo teórico que sustenta este relatório é o modelo de Afaf Meleis, pois considerei que o utente/família que se depara com uma doença mental está mais suscetível a sofrer uma transição, ou seja, um processo de mudança e consequentemente um período de desequilíbrio.

É importante que o enfermeiro conheça na íntegra o processo de transição para ajudar a pessoa/família neste processo. O enfermeiro é o profissional que está apto a avaliar, planear e implementar intervenções de enfermagem na área da prevenção, promoção, e intervenção terapêutica, com o intuito de promover a estabilidade (Zagonel, 1999), para isso é imprescindível que o enfermeiro identifique o conhecimento que o utente/família tem acerca da situação à qual têm que dar resposta, o tipo de envolvimento, as mudanças a efetuar e o período de tempo de todo este processo.

Este relatório está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico, é ele que vai orientar o modo como os fenómenos são observados, compreendidos e transformados. Este capítulo está dividido em seis sub-capítulos, o primeiro sub-capítulo refere-se ao modelo de transição de Afaf Meleis, o segundo sub-capítulo diz respeito ao conceito de saúde/doença mental, o terceiro ao conceito de família, o quarto ao conceito de intervenção familiar, o quinto aborda o conceito de psicoeducação, o sexto explana os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

O segundo capítulo é composto pelo projeto de estágio inicial, em que está patente o “desenho” do projeto, ou seja, os objetivos do mesmo e as atividades previstas e também está explanado o projeto inicial com as reformulações a que foi sujeito, assim como os seus objetivos e as atividades que permitem atingi-los.

O terceiro capítulo é composto por atividades desenvolvidas em ambos os contextos de estágio e onde são descritas as aprendizagens adquiridas durante este percurso, no âmbito das competências específicas do EESMP.

No quarto capítulo (avaliação) são apresentados os aspetos mais significativos do relatório, a análise dos objetivos, os ganhos e dificuldades decorrentes da elaboração do trabalho.

O quinto capítulo refere-se à conclusão onde estão patentes recomendações para os enfermeiros prestadores de cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

A redação deste relatório é feita segundo o novo acordo ortográfico e de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- Modelo Teórico – Teoria das Transições de Afaf Meleis

As teorias de enfermagem permitem enquadrar e perspetivar as intervenções dos enfermeiros. A que conduz as intervenções efetuadas ao longo do estágio é a Teoria de Transições de Afaf Meleis. Esta teoria é considerada de médio alcance, por ser mais objetiva e permite compreender, descrever e interpretar aspetos que emergem da prática de enfermagem (Meleis, 2010, parte 1).

As teorias disponibilizam *“linhas de orientação para que os enfermeiros consigam compreender a complexidade das transições, como a vulnerabilidade do processo e a resposta das transições”* (Meleis, Sawyer, Messias, Schumacher, 2000, p.27).

Ao longo do ciclo vital ocorrem mudanças que irão alterar as decisões futuras das pessoas e toda a sua forma de agir. Deste modo, transição pode ser definida como mudanças no ciclo de vida que implicam uma readaptação dos papéis. Para tal, os enfermeiros terão de atuar ao nível destas transições, de forma a facilitar o processo de aprendizagem sobre as novas experiências de vida da pessoa, as quais visão atingir o equilíbrio/estabilidade da mesma (Petronilho, 2007).

Assim sendo, as transições são simultaneamente o resultado de um processo antecedente à transição, bem como resultam em mudanças na vida, saúde relações e ambiente do indivíduo (Meleis et al, 2000).

No contexto das transições, torna-se essencial dotar as pessoas de conhecimentos de forma a alterar os seus comportamentos no sentido de que a mudança, quer ao nível do estado de saúde, quer ao nível das expetativas ou quer ao nível das relações, ocorra da melhor forma, ou seja, de uma forma equilibrada. Este tipo de suporte é normalmente fornecido por enfermeiros que recorrem a intervenções para promover a melhor adaptação à transição (Petronilho, 2007).

Seguidamente será explanado a teoria das transições. Para uma melhor compreensão da teoria das transições poderá consultar o (Anexo I), onde está

esquemática esta teoria com todos os seus elementos. Seguidamente será abordada pormenorizadamente a teoria que sustenta este trabalho.

Meleis, et al, (2000) demonstrou que as transições não são unidimensionais, assim sendo, cada transição é caracterizada pela sua propriedade como sendo única, complexa e por último é caracterizada pelas suas múltiplas dimensões. (Meleis et al, 2000)

Segundo Meleis, et al (2000), os **tipos de transições** que os enfermeiros se deparam mais na sua prática com utentes e famílias são do tipo desenvolvimental, saúde-doença, situacional e organizacional.

As transições do tipo desenvolvimental podem encontrar-se no decurso normal do crescimento e desenvolvimento da pessoa, como por exemplo, a transição da infância para a adolescência.

As transições do tipo saúde-doença dizem respeito às transições em que existe uma mudança de papel abrupta, ou seja, há uma passagem de um estado de saúde para um estado de doença ou vice-versa.

As transições do tipo situacional referem-se, por exemplo, a mudanças em que há a adição ou subtração de um familiar (o nascimento de um filho, a morte de um familiar), a mudanças profissionais (um estudante de enfermagem que passe a exercer enfermagem) e mudanças de situações familiares (passagem de familiar para cuidador ou imigração)

As transições do tipo organizacional abrangem as mudanças relacionadas com o ambiente (social, político e económico).

No que concerne, às **propriedades das transições**, estas podem ser multidimensionais e complexas, sendo essencial a identificação das suas propriedades, as quais não devem ser analisadas isoladamente.

Sendo assim, as **propriedades das transições** englobam vários itens como: a consciencialização (indica o nível de proximidade entre a perceção relativa à transição que a pessoa está a viver), o envolvimento (é a demonstração de interesse e motivação no processo de transição, a mudança e diferenças (as transições envolvem mudança que provocam a rutura de ideias, identidades, relações e estão associadas a situações desestabilizadoras, enquanto que as diferenças encontram-

se ao nível de expectativas, sentimentos e perceções da forma como se vê o mundo e os outros), o espaço temporal da transição (uma transição passa por várias fases temporais desde os primeiros períodos de mudança até à fase da estabilidade) e por último os eventos e pontos críticos (a maioria das transições encontram-se associadas à existência de um ponto crítico, de acordo com a natureza da transição o número de pontos críticos é variável e estes devem ser focos de atenção para os enfermeiros requerendo o seu conhecimento e experiência) (Meleis et al 2000).

Para que os enfermeiros possam compreender a transição que a pessoa está a viver é pertinente que este seja conhecedor das **condições facilitadoras ou inibidoras da transição** Estes têm que ter em consideração as condições pessoais (as crenças, a cultura, o estatuto socioeconómico, os significados e o conhecimento), as condições da comunidade e as condições sociais (por vezes a sociedade cria certos estigmas, como por exemplo, o ser doente mental, que poderá afetar o processo de transição saudável da pessoa).

Relativamente aos **padrões de resposta** estes englobam os indicadores de processo e de resultado, isto porque as transições vão desenvolvendo-se à medida que o tempo passa.

O enfermeiro ao identificar os indicadores que revelam os resultados das transições, está a planear e a avaliar as suas intervenções. Deste modo, os enfermeiros preparam as pessoas para as transições, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as suas experiências de saúde – doença (Meleis et al, 2000).

A pessoa que vive um processo de doença de um dos membros da sua família, considera-se que esta vive um processo de transição que culmina num conjunto de mudanças na situação de vida.

“doença ou lesão que requeira a hospitalização de um ente querido tem sido designada por um acontecimento não normativo de tensão para as famílias; isto é, um evento inesperado e imprevisível (...) as rotinas de casa ficam interrompidas e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades que nunca tiveram.” (Hanson, 2005, p. 295)

Neste contexto, equaciona-se que a transição decorre ao longo do tempo e implica mudanças e adaptações (a nível pessoal, ambiental, social e relacional). Sendo assim, a transição é um processo que envolve transformação, alteração e presume tempo para a assimilação, integração ou adaptação. Pode dizer-se que é

um processo que exige reorientação interna para que a pessoa possa aprender e incorporar a nova conjuntura na sua vida.

Os enfermeiros, assumem um papel preponderante como agentes facilitadores de uma transição saudável, como defende Santos (2012) os profissionais ao apoiarem os familiares da pessoa com doença mental faz com que se torne mais fácil ultrapassarem a situação de desequilíbrio.

Quando o utente está internado ou no domicílio é primordial integrar a família no cuidar e os enfermeiros devem focalizar-se em intervenções que englobem os domínios cognitivo, afetivo e comportamental. O domínio cognitivo refere-se ao ilustrar, informar e educar, as do domínio afetivo referem-se à expressão de sentimentos e as do domínio comportamental destinam-se a mudar e/ou adquirir novos comportamentos de forma a melhorar o funcionamento da família (Wright, Leahey, 2010).

Conforme mencionado anteriormente os enfermeiros prestam cuidados ao utente/família que se encontram em processo de transição e preparam-nos para esse processo em que há aprendizagem e integração de novas competências relacionadas com o processo de saúde/doença (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições de Meleis permite aos enfermeiros, uma melhor compreensão das pessoas, designadamente nas situações de transição que vivenciam. Contudo cabe a estes profissionais promover intervenções com o intuito, de ajudar as pessoas no seu processo de mudança/transição (Soares, 2013).

Deste modo, os enfermeiros estão a valorizar a pessoa, porque os cuidados prestados estão relacionados, de certa forma, com cada estágio de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2007). As transições estão presentes em todas as circunstâncias da vida das pessoas e necessitam de ser encaradas com atitudes que facilitem o cuidado individualizado a cada situação.

O enfermeiro está assim, habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é apenas conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para mobilizar este conhecimento na prática. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007).

1.2 – Saúde/Doença Mental

Segundo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), as perturbações psiquiátricas são responsáveis por cinco em cada dez principais causas de incapacidade, o que revela que a sociedade e os profissionais de saúde não podem descorar a importância da promoção da saúde mental.

Saúde mental refere-se à capacidade que a pessoa apresenta para estimar a vida e procurar um equilíbrio entre as ações e os esforços de forma a atingir a “*resiliência psicológica*” (SPESM, 2010, p.15). Este estado de equilíbrio permite à pessoa ter uma participação ativa na sociedade (nível laboral, intelectual e social), permitindo-lhe alcançar um bem-estar e alguma qualidade de vida.

Townsend (2011, p. 782) refere que a saúde mental é uma “*adaptação bem-sucedida aos agentes stressores do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais*”.

No que concerne à doença mental esta torna-se responsável por um sofrimento e incapacidade que as pessoas com doença mental e suas famílias poderão sentir se não forem acompanhadas devidamente do seu processo terapêutico. Ao nível global, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que, eventualmente, chegará aos 40% na Europa (OMS, 2002).

O conceito de doença mental é complexo porque abarca as perturbações que afetam o comportamento e a capacidade funcional, assim como, as funções intelectuais, emocionais e sociais. De acordo com Monteiro (2006, p. 17), “*A doença mental abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença.*”

1.3 – Família

Quando algum membro da família sofre de uma patologia mental há uma desorganização em todo o seio familiar, o enfermeiro ao intervir com a pessoa que sofre de patologia mental, terá também de intervir na sua família.

Família deriva do latim *famulus* que significa *escravo doméstico*, o conceito de família tem-se modificado ao longo dos tempos, em que se verifica uma alteração na própria estrutura e composição familiar, assim como, nas funções que cada membro da família desempenha. Estas alterações surgem decorrentes das mudanças políticas, económicas, culturais, sociais e ambientais.

Poderá dizer-se que a família é um organismo com regras próprias, que apresenta flexibilidade para mudança e em ajustar-se aos vários estágios do ciclo vital e a crises situacionais. É ela que tem maior relevância no desenvolvimento humano, pois é considerada a primeira instituição que colabora para a socialização e a formação da personalidade do indivíduo.

A família é

“a unidade social constituída pela família como um todo, é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (ICN-CIPE, 2011, p. 65).

A OMS (1994), refere que *“o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”*. Gameiro (1992, p.187) acresce ainda que: *“a família é uma rede complexa de relações e emoções (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”*.

Petronilho (2007) menciona que a família pode ser considerada a instituição social mais antiga, com origem no nascimento do Homem. Esta tem sofrido, ao longo do tempo, transformações a nível da estrutura e da composição. Apesar de todas as alterações sofridas, a família continua a ter um papel de destaque na prestação de cuidados à pessoa que sofre de uma doença crónica. Deste modo, torna-se essencial envolver a mesma no planeamento dos cuidados, conhecer qual

é a estrutura familiar e qual dos membros da família assumirá o papel de cuidador, por forma a facilitar a aquisição de conhecimentos e a aquisição de novas competências.

A família configura-se numa espécie de “teia” em que funciona como um todo, pois quando há alterações numa das partes, o todo é imediatamente afetado. Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm num certo equilíbrio (Santos, 2004). Uma família que experiencia a doença mental vive essa experiência de uma forma única e constitui sempre *“um momento crítico do seu ciclo de desenvolvimento”* (Souza, Scatena, 2005, p. 177). É importante que o enfermeiro integre a família no cuidar, nomeadamente o familiar prestador de cuidados, para que este expresse as dificuldades e a necessidades que apresenta como familiar cuidador de uma pessoa que sofre de uma doença mental. O enfermeiro deve “caminhar” junto com a família neste processo, para que juntos possam encontrar soluções de forma a repor o equilíbrio.

Martins (2003) defende que a família desempenha um papel preponderante na saúde e na doença da pessoa, daí que deva haver lugar no contexto dos cuidados para que a família se mantenha ou adquira habilidades para continuar a assistir os seus membros.

Os enfermeiros deverão considerar as famílias como aliadas no processo terapêutico para que estas possam ajudar os seus familiares no seu processo de doença (Rodrigues, 2012).

1.4 – Intervenção familiar

Compreender o funcionamento familiar é fundamental para entender os vários comportamentos presentes quando existe um membro com doença mental e intervir apoiando e identificando as necessidades da família. Para essas famílias, o aparecimento da doença e as suas consequências fazem agravar eventuais conflitos e dificuldades no quotidiano, anteriormente enfrentados por elas.

Bagagem (2010) refere que o aparecimento de uma doença no seio familiar leva a fragilidades, que poderá originar, na maioria das vezes, momentos de crise que têm efeitos na família e nos seus constituintes individuais.

Desta forma, parece ser essencial desenvolver intervenções para famílias que incluam elementos que conduzam a mudanças no comportamento e que permitam um treino continuado de formas de lidar com os aspetos específicos da doença, pois a própria família necessita de tempo para efetivamente alterar as suas atitudes (Brito, 2006).

Considera-se que a intervenção familiar ajuda na prevenção de situações de crise, acreditando-se que uma família informada, atenta e motivada terá maior capacidade para reconhecer precocemente os sinais e sintomas de recaída e procurar atempadamente ajuda, o que possibilita intervenção atempada para promoção do equilíbrio da pessoa que sofre de patologia mental.

A intervenção familiar deverá promover e facilitar as mudanças que ocorrem a nível familiar. Para avaliar a família e as intervenções para o seu tratamento surgiu modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary.

Este modelo de avaliação familiar assenta em alguns pressupostos teóricos como o da comunicação e da mudança e é sustentado em três grupos: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Relativamente ao modelo de intervenção proposto pela mesma autora, este baseia-se na promoção e na melhoria do funcionamento familiar - a nível cognitivo, afetivo e comportamental (Wright, Leahey, 2010).

As intervenções familiares têm como objetivo promover a capacitação da família na resolução dos seus problemas, através de intervenções ajustadas às necessidades da família. Para Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Gedde, Morgan, (2002) só se poderá designar uma intervenção familiar quando esta tem uma duração igual ou superior a seis semanas e que abordem com a família pelo menos um dos seguintes temas: psicoeducação e resolução de problemas e requerem intervenções que têm como alvo a pessoa doente.

Para Wright, Leahey, (2010, p.11) as sessões de intervenção familiar não têm duração estabelecida, referindo que *“é difícil de estabelecer, de maneira categórica, o número ideal de dias, semanas ou meses entre as sessões. Recomendamos que as enfermeiras indaguem aos membros quando gostariam de ter outra reunião.”*

Na saúde mental, assim como em outras doenças crónicas, as intervenções familiares têm como objetivo o envolvimento da família com o intuito de reabilitar a pessoa doente. Pois ao capacitar e apoiar o familiar da pessoa com doença mental, os enfermeiros podem diminuir o número de reinternamentos e de recaídas (Mcfarlane et al, 2003).

Os familiares da pessoa com doença mental são o pilar para o familiar doente, no entanto estes, podem manifestar sentimentos de culpa, perplexidade, ansiedade e preocupação pelo familiar sofrer de uma doença mental, por isso torna-se pertinente o enfermeiro intervir junto da família e inclui-la no seu plano de cuidados com o intuito de atenuar estes sentimentos.

Por vezes estes familiares poderão sofrer de sobrecarga devido à imensidão de situações que têm de aprender a lidar e a dar resposta, como por exemplo, a agressividade verbal, défice nos cuidados de higiene, isolamento social, a não adesão ao regime terapêutico, mudanças de humor, abuso de substâncias, etc...

O papel do enfermeiro torna-se fulcral no acompanhamento destas famílias e por conseguinte dos utentes que sofrem de doença mental, quando este os ajuda a lidar com os problemas do seus dia-a-dia, a providenciar uma rede de suporte social, a reduzir os níveis elevados de emoção expressa e a saber mais sobre a patologia (Gonçalves-Pereira, et al, 2006).

Os autores Yacubian, Neto (2001), corroboram a afirmação dada pelos autores anteriores, na medida em que mencionam que ajudar a família a entender determinados sinais e sintomas da doença, irá contribuir para que os familiares estejam mais capacitados para compreender a doença e os limites que esta pode causar. Assim sendo, os familiares desenvolvem expectativas mais realistas sobre a doença do seu familiar.

Para dar resposta às dificuldades e necessidades das famílias desenvolveram-se intervenções familiares, entre as quais está contemplada a psicoeducação que passo a descrever seguidamente.

1.5 – Psicoeducação

A psicoeducação é um instrumento de trabalho que incide na prevenção de recaídas e no treino de competências, como por exemplo, competências sociais.

A psicoeducação em saúde mental tem como objetivos proporcionar informação acerca da doença, dos sinais e sintomas, dos sinais de recaída do utente, do regime terapêutico, de estratégias para lidar com as situações stressantes do quotidiano, instituições e profissionais a que recorrer quando tem alguma necessidade. Esta informação que é fornecida ao utente e/ou familiar irá proporcionar uma redução da ansiedade por parte do familiar e do utente e melhorar a relação familiar e psicossocial

Afonso (2010) refere que a psicoeducação tem como objetivo, melhorar a compreensão da doença pelos próprios doentes e pela sua família e deve ser vista como parte do tratamento. Nesta perspetiva a psicoeducação é:

“um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado
(Gonçalves-Pereira et al., 2006, p. 2)

De acordo com Mcfarlane, et al. (2003) as intervenções psicoeducativas podem variar na estrutura e no formato, podem ser unifamiliares ou multifamiliares, incluírem só familiares ou podem incluir familiares e doente.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que ocupam um lugar privilegiado para efetuarem as intervenções psicoeducativas uma vez que estes relacionam-se com as pessoas doentes e com as suas famílias, nos vários contextos clínicos e comunitários, nas diferentes fases da doença mental, desde a fase aguda ao processo de reabilitação e reintegração na comunidade.

O enfermeiro deverá acompanhar as pessoas que sofrem de patologia mental e a sua família manifestando a sua disponibilidade e dedicação ao longo de todo o processo e deve ter em conta as competências relacionais e comunicacionais, assim como, estar motivado em trabalhar com as famílias em parceria.

A pessoa que sofre de patologia mental necessita compreender a diferença entre as características pessoais e as características da doença, por forma o enfermeiro poder ajudá-la a lidar melhor com toda a problemática que envolve a patologia, nomeadamente, conhecer melhor a doença, a sua sintomatologia, os sinais de descompensação e estratégias para lidar com as situações stressantes do quotidiano.

1.6 – Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade *“ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”* (OE, 2010, p. 1).

A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na

“incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social”. (Nabais, 2008, p. 40)

Também a OE (2010) refere que há especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, no que concerne às competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESM desenvolver um juízo clínico único, que permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O enfermeiro deve ser o mediador, no sentido de orientar as pessoas com doença mental, dentro das suas capacidades, a participarem de forma ativa na sociedade. A pessoa que sofre de patologia mental, assim como, o seu familiar/cuidador geralmente necessitam de apoio e de informação. O foco centra-se ao nível da informação sobre a doença, a importância da adesão ao regime terapêutico, a aprender estratégias de *coping* para ajudar a lidar com os sintomas, o

treino de competências sociais, visando a diminuição do número de recaídas e de reinternamentos (Townsend, 2011).

Os cuidados de enfermagem devem focalizar-se nas dúvidas, ansiedades e expectativas manifestadas pela pessoa/família e o enfermeiro deverá dar-lhes as orientações necessárias para que a pessoa/família decida a melhor forma para a resolução dos seus problemas de saúde, ou seja, permite aos intervenientes um papel ativo no seu processo de doença.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) vem corroborar esta ideia, dado que fomenta a participação da família nos cuidados à pessoa com doença mental. A doença mental para as famílias é por vezes, sinónimo de um desgaste emocional, de sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental.

A essência da enfermagem é cuidar das pessoas de forma a permitir a satisfação das suas necessidades e a promoção da qualidade da saúde das mesmas, para isso cabe ao enfermeiro adquirir e desenvolver competências, nomeadamente a nível do autoconhecimento, em que o enfermeiro deverá conhecer os seus limites e questionar-se acerca dos mesmos. Estar consciente deste aspeto é estar vigilante para o desenvolvimento pessoal e profissional, que se traduzirá numa melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

2. PROJETO DE ESTÁGIO

O projeto inicial de estágio intitulava-se *Intervenções psicoeducativas para a promoção do bem-estar do cuidador informal da pessoa com doença mental grave e tinha como objetivo geral desenvolver intervenções psicoeducativas que promovam o bem-estar do cuidador informal da pessoa com doença mental grave.*

Os objetivos específicos eram os seguintes:

- Integrar a equipa interdisciplinar em ambos os contextos – internamento e comunidade.
 - Caracterizar os cuidadores informais de pessoas com doença mental;
 - Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador informal;
 - Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais;
 - Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais;
 - Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais; através de questões abertas
 - Desenvolver a capacidade de análise reflexiva no contexto da aplicação do projeto.

Para cada um destes objetivos foram planeadas atividades de forma a atingi-los (Apêndice I).

A população alvo do projeto era cuidadores de pessoas com doença mental grave.

Para o contexto de internamento delineei alguns objetivos (Apêndice II) que guiaram a minha prática e que consegui atingir alguns na sua totalidade e outros parcialmente, pois a segunda parte do estágio iria-me permitir atingi-los na totalidade.

Aquando o desenvolvimento do projeto no contexto comunitário, que foi o contexto eleito para a continuação do seu desenvolvimento, deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente, a falta de disponibilidade dos cuidadores em

comparecerem às sessões psicoeducativas. Até meados de mês de janeiro tinha intervindo apenas com um familiar cuidador de um utente com doença mental grave e estava a estabelecer contacto com outro familiar cuidador. Perante esta dificuldade e refletindo sobre este aspeto com a professora orientadora, ajustei o meu projeto, ou seja, este não se restringiu somente aos cuidadores, mas também incluiu as pessoas que sofrem de uma doença mental grave. Pois nas consultas de enfermagem tive um maior contato com as pessoas que sofrem de doença mental grave do que com os familiares e por isso fez-me sentido que o título inicial fosse alterado para *Abordagem psicoeducativa nos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica*.

Assim sendo, desenvolvi abordagens psicoeducativas com os utentes que sofrem de doença mental e que compareciam nas consultas de enfermagem para efetuarem a terapêutica injetável, para supervisão da terapêutica, para aconselhamento, para orientação na resolução de problemas (sociais, económicos, mentais e de saúde em geral) e para vigilância do seu estado de saúde e do processo de reabilitação. Estas abordagens eram efetuadas individualmente, sempre que os utentes manifestassem necessidade de intervenção do enfermeiro no que concerne ao desconhecimento sobre sinais e sintomas da sua doença, sobre higiene do sono, sobre o estigma da doença mental, sobre a gestão do regime terapêutico, sobre hábitos de vida saudáveis e recursos da comunidade existentes para o ajudar no seu processo de doença.

No que diz respeito aos familiares, as abordagens psicoeducativas foram unifamiliares e não tinham uma estrutura vinculada a nenhum dos modelos psicoeducativos, como por exemplo, o modelo de Fallon ou o de Anderson, no entanto contemplava alguns aspetos destes modelos, como por exemplo, uma avaliação individual através de uma entrevista particular ao familiar cuidador (baseei-me nos tópicos da avaliação familiar de Calgary) acrescido de conhecimentos relativos à doença mental do familiar, consequências negativas da doença para o familiar (“sobrecarga”) e objetivos pessoais concretizáveis ao longo do processo terapêutico.

Perante o exposto anteriormente, alterei o objetivo geral do projeto, que passou a ser: dotar os utentes e os familiares dos conhecimentos necessários à alteração

das suas atitudes e dos seus comportamentos face ao processo e doença e os objetivos específicos passaram a ser os seguintes:

- Caracterizar os cuidadores informais de pessoas com doença mental grave;
- Identificar as dificuldades/necessidades da pessoa com doença mental grave e do cuidador informal;
 - Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais;
 - Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais;
 - Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave através da observação de mudança de comportamentos e atitudes face à doença e aos cuidadores informais, através de questões abertas.
 - Desenvolver a capacidade de análise reflexiva no contexto da aplicação do projeto.

Para cada um destes objetivos foram planeadas atividades de forma a atingi-los (Apêndice III).

As intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica focalizaram-se em identificar as necessidades da pessoa/família, transmitir informação, permitir o esclarecimento de dúvidas e ensino de estratégias, promover a compreensão e aceitação da doença mental, fomentar uma atitude mais esclarecida e informada sobre a doença, promover a expressão de emoções e sentimentos, favorecer a partilha de experiências, estimular a capacidade reflexiva, promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos e dar a conhecer os recursos existentes na comunidade para cada caso específico.

As avaliações das abordagens psicoeducativas que foram efetuadas aos utentes, serão avaliadas ao longo do tempo com a mudança de comportamentos e atitudes face à doença. No entanto, posso mencionar que alguns utentes apresentaram melhorias na participação ativa no processo terapêutico, no *insight*

sobre a doença e na consciência da importância de adesão ao regime terapêutico, nomeadamente à terapêutica farmacológica.

No que concerne à avaliação das abordagens psicoeducativas efetuadas aos familiares, foram colocadas, oralmente, quatro questões abertas (Apêndice IV) em que os familiares respondiam oralmente o que pensavam sobre as mesmas. Pude constatar que a relação terapêutica tornou-se mais coesa, houve um aumento dos conhecimentos acerca da doença e do processo terapêutico e um ajuste das expectativas face à doença mental do familiar. Foi fornecido aos familiares folhetos para complementar as orientações transmitidas.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Um estágio deve assegurar a integração entre teoria e prática em contextos reais, com vista ao aprimoramento profissional e desenvolvimento da prática.

Penso que antes de abordar as intervenções que fui desenvolvendo ao longo do estágio é importante transcrever algumas partes do meu primeiro jornal de aprendizagem, de forma a dar a conhecer como me senti no primeiro contacto com a psiquiatria: algumas dificuldades foram sentidas, nomeadamente o meu enquadramento enquanto futura enfermeira especialista no serviço e alguma terapêutica que conhecia superficialmente e tinha de existir um conhecimento mais aprofundado para que pudesse monitorizar os efeitos secundários.

Relativamente à primeira dificuldade há a referir que no meu dia-a-dia não exerço funções na psiquiatria, mas escolhi esta área de especialização pois considero que é uma área transversal a todas as áreas da saúde e tem um elevado impacto na nossa sociedade, porque além do sofrimento individual e familiar que poderá causar, pode ainda ser precursora de disfunção familiar e a incapacidade da pessoa se manter ativa na sociedade. Cabe ao EESM *“compreender os processos de sofrimento. Alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.”* (OE, RCEEEESM, 2010, preâmbulo)

Na primeira semana senti-me como uma aluna da licenciatura que estava apreender as rotinas, a terapêutica e os termos utilizados. Lembrava-me constantemente, pelo que li no preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista da OE (2010) que o enfermeiro especialista tem que apresentar um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.”*

Eu apresentava alguns conhecimentos teóricos que foram adquiridos quer na licenciatura, quer nas unidades curriculares do 6º curso de mestrado, no entanto a parte prática era deficitária e isso causava-me insegurança perante os enfermeiros que estavam no serviço que apresentavam conhecimentos práticos mais

aprofundados que os meus, o que causava em mim frustração e um certo receio e stress.

Deparava-me com questões básicas que os enfermeiros generalistas daquele serviço, que pela sua experiência, tinham um conhecimento mais aprofundado e que eu como candidata ao grau de especialista não tinha, no entanto, este receio veio a transformar-se em desafio, porque tive que desenvolver metodologias reflexivas e de pesquisa para vencer esta frustração, de modo a sentir-me confiante como enfermeira especialista em saúde mental, perante os enfermeiros daquele serviço nas minhas intervenções diárias.

Este meu primeiro jornal de aprendizagem teve uma função fulcral, que foi o de enquadrar o meu primeiro dia de estágio e a partir dele delinear as minhas estratégias para atingir os objetivos propostos no início do estágio e para a aquisição de competências como enfermeira especialista.

Seguidamente irei descrever as atividades que fui desenvolvendo ao longo dos dois campos de estágio (internamento e comunidade) que me permitiram a aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

3.1 – Contexto de Internamento

Nos primeiros turnos realizados neste contexto, pude constatar que neste serviço de internamento de psiquiatria a tónica da prestação de cuidados é colocada na relação de ajuda e na comunicação com o utente/família. Todo este ambiente deixou-me deslumbrada, pois conseguia estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas internadas, sem pensar na imensidão de tarefas que ainda teria que dar resposta.

No decorrer do estágio pude verificar que os utentes eram ouvidos e mesmo que estivessem agitados era rara a contenção física e química, só em casos extremos de perigo da integridade física do próprio e dos outros é que se ocorria a estes tipos de contenção. Tinha uma ideia pré-concebida que os enfermeiros da área de saúde mental optavam pela contenção física e química em detrimento da

comunicação, no entanto neste campo de estágio esta ideia pré concebida veio tornar-se completamente absurda.

Como afirma Phaneuf (2005, p.31), a *"postura adotada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela pretende consagrar à pessoa que se ocupa."*

Este campo de estágio permitiu a reflexão que: a prática de enfermagem não se resume somente ao seguimento do modelo biomédico, mas sim na relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa e que a considera como um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual.

Foi fundamental frequentar este estágio para que pudesse refletir sobre a minha prestação de cuidados, no serviço onde exerço a minha prática. Concluí que mantinha aspetos estreitamente ligados ao modelo biomédico em que a tónica é colocada no conhecimento clínico, onde se procura algum sinal/sintoma físico.

Nos primeiros turnos colaborei com a equipa de enfermagem na preparação e administração de terapêutica (toma assistida), na avaliação de sinais vitais e nos registos de enfermagem, as restantes intervenções de enfermagem eu observava, como por exemplo, intervenções psicoeducativas de grupo, reuniões comunitárias, sessões de relaxamento, entrevistas de acolhimento e sessões de educação para a saúde, para mais tarde colocar em prática as minhas próprias intervenções neste âmbito.

Para aprofundar o meu autoconhecimento elaborei semanalmente **jornais de aprendizagem** com base no ciclo reflexivo de Gibbs que me permitiram refletir sobre a minha prática de forma a melhorar a minha atuação com as pessoas que sofrem de doença mental e com os seus familiares.

Acredito que quando me questiono acerca do sentido dos meus conhecimentos, acerca da minha prática e das estratégias utilizadas torno-me apta para a reconstrução de conhecimento. Daí a relevância da reflexão, que é colocada na formação de enfermeiros, que considera que estes profissionais ao refletir sobre a sua própria prática estão a desenvolver-se a nível pessoal e profissional.

Os jornais de aprendizagem foram também um veículo para eu conseguir perceber as minhas emoções e sentimentos perante os cuidados ao outro e fui também compreendendo as emoções, os comportamentos e atitudes das pessoas que sofrem de doença mental.

A sua elaboração trouxe ganhos significativos para a minha pessoa, pois senti que houve uma mudança/evolução na minha forma de ser e de estar na minha vida profissional e pessoal, nomeadamente ao nível da comunicação e relação terapêutica.

Esta atividade permitiu enriquecer a minha prática ajudando na tomada de consciência de mim mesma no decorrer da relação terapêutica e na realização de intervenções de enfermagem com os utentes e familiares. Permitindo ao longo do estágio a aquisição das competências de EEESM F1.1, F1.1.1¹. Que se vão aprimorando com a prática do dia-a-dia. Como refere Benner (2001, p. 33) “*é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.*”

Estes jornais de aprendizagem possibilitaram-me reconhecer as minhas resistências, os meus preconceitos, os meus medos e também os limites da relação profissional/utente de forma a preservar a integridade do processo terapêutico.

Este instrumento permitiu-me também, que refletisse sobre as minhas reações comportamentais, emocionais e corporais perante as várias intervenções efetuadas aos utentes/famílias ao longo do estágio. Estas reações eram monitorizadas pelo meu orientador de estágio e partilhas no final das intervenções, o que ajudava no processo de autoconhecimento.

Phaneuf (2001), diz-nos que,

“os meios de nos conhecermos a nós próprios são ilimitados e a tarefa nunca está terminada; que a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos (...) a introspeção é o primeiro instrumento do autoconhecimento.” (p. 177)

No que concerne às atividades que se desenvolvem no serviço estive presente em duas **reuniões comunitárias** que se realizam semanalmente, à terça-feira, no período da manhã e têm como objetivo ser um espaço de partilha, onde os utentes manifestam as suas dúvidas, os seus receios, o que pensam sobre o internamento e

¹ F1.1 - *Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.*
F1.1.1 – *Identifica no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.*

dão sugestões de melhoramento sobre o funcionamento do serviço. Esta reunião tem a função de dar sentido ao internamento, ou seja, são lembradas as regras do internamento, na medida em que são fornecidas no momento da admissão, e é também abordado um tema consoante a partilha dos utentes do grupo. Todos os utentes têm possibilidade de dar a sua opinião e desconstruir os seus medos, pensamentos e estereótipos. A primeira reunião a que assisti, o tema foi o estigma da saúde mental e na segunda reunião foi a adesão ao regime terapêutico.

Nestas reuniões espera-se que os utentes tenham o conhecimento sobre as regras do internamento e a justificação das mesmas e que estes desenvolvam a capacidade de escuta e de expressão de emoções e de pensamentos.

A reunião é dirigida por um enfermeiro especialista do serviço e que inicia a mesma com a apresentação de todos os elementos (nome, o que gostam mais de fazer, a profissão e a idade) e que se desenvolve com as partilhas dos utentes, sendo o enfermeiro especialista o moderador.

O enfermeiro nestas reuniões tem a possibilidade de avaliar os utentes nas suas competências sociais e comunicacionais, uma vez que estes estão em contexto grupal.

Nesta atividade considero-me, segundo Benner (2001) uma enfermeira num nível de iniciada, porque foi a primeira vez que tive contato com este tipo de intervenção e como reitera Benner (2001, p. 49) *“as iniciadas não têm nenhuma experiência com que elas possam ser confrontadas”*. Contudo considero que a prática e a experiência são alicerces para atingir o nível de perita que irá permitir a aquisição de algumas competências de EEESM F2.2.1, F2.2.2, F2.2.3 ². A enfermeira perita segundo Benner (2001, p. 58) *“tem enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema”*. Este nível só deverá ser alcançado quando desempenhar funções num serviço de saúde mental e psiquiátrica e desenvolver esta intervenção diversas vezes e refletir sobre a mesma. No entanto, pelo que observei, considero importante saber quais são os seus gostos, o que os preocupa e explicar as regras de funcionamento do internamento, para que a transição do ambiente familiar para o contexto hospitalar

² F2.2.1 - Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental o cliente;
F2.2.2 - Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental;
F2.2.3 - Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade.

se torne o mais harmonioso possível. Os enfermeiros ao conhecerem os utentes e o que estes pensam sobre o internamento, podem adequar as suas intervenções de forma a facilitar experiência de transição do utente e também da sua família.

Pude também observar como se desenrola uma **sessão de relaxamento**, esta sessão é conduzida pelo enfermeiro especialista e realiza-se semanalmente, à sexta-feira, no período da manhã. A sessão a que assisti, foi executado o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (de forma adaptada), os utentes estavam sentados, o que no início me causou alguma perplexidade porque as sessões de relaxamento que tive a oportunidade de observar na componente teórica deste curso, foi realizada com os utentes deitados. Só quando o enfermeiro concluiu a sessão é que eu percebi o porquê dos utentes estarem sentados e não deitados, é que a grande maioria dos utentes presentes têm atividade laboral mantida e tinham episódios de ansiedade. Este tipo de relaxamento é uma técnica que diminui a ansiedade e ao fazer esta técnica sentados poderiam executá-la em qualquer lugar, até mesmo no seu local de trabalho.

O relaxamento constituiu uma forma eficaz de estabelecer um relacionamento e confiança entre o enfermeiro e o utente. Segundo Dias (2007), os benefícios do relaxamento são: maior tranquilidade, bem-estar emocional, um maior equilíbrio interno, aumento da vitalidade e diminuição da agressividade.

Esta técnica possibilita que a pessoa se torne mais consciente de si, percecionando que algumas das sensações corporais são causadas pelos seus pensamentos. O enfermeiro tem por objetivo, proporcionar o desenvolvimento das suas capacidades individuais para fazer face aos problemas com que se confronta no seu quotidiano. O enfermeiro ao desenvolver esta técnica poderá estabelecer com uma relação de ajuda com o utente e certa forma promove também o processo terapêutico.

À semelhança da intervenção anterior, considero que nesta atividade estou no patamar de uma enfermeira do nível iniciado, porque no meu percurso formativo não realizei esta intervenção, no entanto tive a oportunidade de observar enfermeiros a desenvolvê-la. Neste caso concreto, colaborei com o enfermeiro na sua realização, o que permitiu enriquecer o meu leque de aprendizagens, não poderei mencionar que

adquirir a competência EEESM F4.2.5³, porque só colaborei com o enfermeiro orientador na sessão. Contudo considero que esta competência terá de ser aprofundada futuramente.

Neste contexto realizam-se também **sessões psicoeducativas** duas vezes por semana – à quinta e ao sábado. Estive presente em duas sessões psicoeducativas, realizadas para um grupo de utentes, nestas sessões pude observar dois enfermeiros a realizarem sessões psicoeducativas, percebi que o enfermeiro tem que ter ferramentas comunicacionais, capacidade de liderança, conhecimento aprofundado sobre o tema da sessão e a mesma estruturada (princípio, meio e fim).

Sendo esta intervenção o pilar do meu projeto propus ao meu orientador a realização de uma sessão psicoeducativa para um grupo de utentes. O tema da sessão psicoeducativa foi sobre psicose, sinais e sintomas, os utentes escolhidos para a sessão foram seis, este número corresponde ao número de utentes que estavam internados no serviço que manifestaram sinais/sintomas de psicose.

Esta sessão psicoeducativa trouxe-me grandes aprendizagens, porque só ao realizá-la reconheci que não tinha bases/ferramentas para efetuar uma sessão psicoeducativa. Foi precoce a minha intervenção, deveria primeiramente munir-me de conhecimentos, aprendido e questionado as premissas da psicoeducação e só depois efetuá-la. No entanto, no momento não me apercebi dos alertas efetuados pelo meu orientador para que eu observasse primeiro, e que pesquisasse sobre os modelos de psicoeducação. Eu queria colocar em prática o que tinha observado para saber como era, pois no meu dia-a-dia o que me é solicitado é o fazer e os alertas do meu orientador não me faziam sentido.

A escolha dos utentes para a sessão psicoeducativa não se revelou eficaz, pois os utentes estavam em estágio de doença diferentes, uns apresentavam crítica para a mesma, mas outros utentes não tinham qualquer tipo de crítica.

A sessão desenrolou-se e não consegui gerir o grupo, no entanto a presença do meu orientador de estágio foi uma mais-valia, uma vez que foi ele que moderou a restante sessão.

³ F4.2.5 – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Após a sessão senti um cansaço psicológico enorme, não tive um sentimento de frustração, mas sim de respeito e de aprendizagem. Respeito porque pensava que seria mais fácil e apercebi-me que a tónica não poderá estar só na temática, mas sim na argumentação, comunicação assertiva e na gestão de grupos.

As técnicas da comunicação são ferramentas difíceis de dominar e que exigem muito treino e análise. Técnicas como refletir, repetir as questões e o devolver algumas afirmações, o clarificar termos, o quando fazer uso de questões abertas ou especificar aquilo que se precisa de questionar, gerir silêncios, evitar frases comuns, não dar resposta ao colocar a pergunta (Neeb, 2000). Estas são algumas das premissas que se deve ter em atenção quando estamos em relação terapêutica com o outro e quando se intervém grupos terapêuticos.

Considero que a sessão psicoeducativa que desenvolvi teve contributos na minha aprendizagem porque foi a minha primeira sessão psicoeducativa em contexto real e aprendi que o grupo tem muita influência nos conteúdos que abordamos. O enfermeiro deverá ir ao encontro do grupo, ou seja, podemos apresentar os slides, mas se não fizermos a ponte entre o que se apresenta e as reações dos participantes, através da linguagem verbal e não-verbal, podemos “cair no vazio” e temos a sensação que foi tudo cumprido mas que a apreensão foi zero.

Collière (1989, p. 246) refere que *“para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem (...) é necessário reaprender a ver, sendo que reaprender a ver consiste em, reaprender a comunicação não-verbal; é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que nos transmitem.”*

Deveria ter efetuado *à priori* uma intervenção individual a cada um dos participantes para verificar em que “patamar” estavam em relação à crítica sobre a doença. Aqueles que tivessem alguma crítica sobre a doença seriam os convidados para integrarem a sessão psicoeducativa. Desta forma penso que a sessão teria um público-alvo mais homogêneo e que seria mais proveitosos para os próprios e para mim, porque os objetivos teriam sido cumpridos.

Após a conclusão da sessão psicoeducativa refleti com o meu orientador a melhor forma de melhorar o meu desempenho e chegámos ao consenso de que seria mais proveitosos para a minha aprendizagem que eu estivesse a observar e a questionar os enfermeiros especialistas que realizavam esta intervenção de forma a

apreender conhecimentos e estratégias para colocar em prática, posteriormente, no contexto comunitário.

Esta atividade permitiu o aperfeiçoamento da competência de EEESM F4.1.2⁴, uma vez que quando elaborei a sessão psicoeducativa para os utentes tive o objetivo de que estes adquirissem conhecimentos para lidarem melhor com a sua doença.

Os enfermeiros com este tipo de intervenções, podem estabelecer uma relação de confiança com os utentes/familiares e fornecer-lhes orientações de forma a capacitar estas pessoas, proporcionando a aprendizagem de estratégias que lhes permitam, ter uma vida pessoal e social ativa, utilizando os seus recursos internos e externos e minimizando o processo de transição saúde/doença

“No contexto das transições, torna-se essencial dotar as pessoas de conhecimentos de forma a alterar os seus comportamentos no sentido de que a mudança, quer ao nível do estado de saúde, quer ao nível das expectativas ou quer ao nível das relações, ocorra da melhor forma. Este tipo de suporte é normalmente fornecido por enfermeiros que recorrem a intervenções para promover a melhor adaptação à transição.” (Petronilho, 2007, p.31)

Ao fim de algumas semanas de estágio, efetuei a minha primeira **entrevista** com base no modelo de avaliação familiar de Calgary (Apêndice V)

Senti alguma ansiedade no início, mas com o decorrer da entrevista esta foi-se dissipando e apercebi-me que não era diferente do que fazia atualmente no meu serviço, embora com objetivos diferentes.

O meu objetivo com esta entrevista era a colheita de dados para a elaboração do estudo de caso. Esta revelou-se um instrumento que permitiu a aquisição de conhecimentos sobre a pessoa, a família e o seu meio envolvente.

A entrevista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é imprescindível para a realização de diagnósticos de enfermagem e para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro/ utente e família (Serra, 2014).

Durante o estágio elaborei três entrevistas que ocorreram em três momentos, uma com o utente, outra com a irmã (cuidadora informal) e uma com os dois, de forma a avaliar as necessidades e delinear objetivos de acordo com os diagnósticos de enfermagem elaborados e em consonância com as necessidades manifestadas.

⁴ F4.1.2 – Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

Foi também utilizado o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary, para um conhecimento mais pormenorizado desta família a nível de três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright, Leahey, 2010).

Este modelo de intervenção de Calgary baseia-se na promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento eficaz na família ao nível cognitivo, afetivo e comportamental. Procurei nas minhas intervenções com o utente/família promover hábitos de vida saudáveis quando efetuei intervenções, no âmbito de educação para a saúde, com o cuidador informal e utente sobre os hábitos alimentares saudáveis, a importância do exercício físico, os malefícios do álcool e do tabaco. Foi entregue ao cuidador/utente no final da entrevista os folhetos que existem no internamento para complementar a informação fornecida por mim. Estes são instrumentos que permitem ao utente/família ler ou reler mais tarde, consolidando desta forma a informação neles contida.

Ao longo das três entrevistas procurei ter uma atitude de escuta ativa, de forma a obter as informações acerca dos acontecimentos de vida e estar desperta para a expressão de sentimentos e de emoções, assim como, a linguagem não-verbal.

Como disse anteriormente, senti-me ansiosa no início da entrevista mas, com o decorrer do tempo, fui ficando menos tensa e o discurso fluiu melhor. Consegui demonstrar disponibilidade e estabelecer uma relação de confiança. Desta forma, pude iniciar uma relação de ajuda, em que facilitei a expressão de emoções e sentimentos quer do utente, quer da cuidadora informal.

Estabeleci uma relação de empatia com os intervenientes, pois orientei-os para a análise dos seus problemas e conseguimos juntos evidenciar alguns aspetos que contribuem para a aquisição de comportamentos saudáveis.

A entrevista ao utente/família revelou-se importante para delinear um plano de cuidados adequado às necessidades do utente/família e avaliar o impacto que a doença mental apresenta na família, nomeadamente no cuidador informal.

Baseando-me na teoria das transições, é essencial compreender as condições pessoais e ambientais que facilitam ou impedem a ocorrência de uma transição saudável, de forma a compreender a transição que o utente está a vivenciar e a planear intervenções para que o processo de transição se conceda de uma forma o mais harmoniosa possível.

O acompanhamento que se faz aos utentes que sofrem de doença mental e às suas famílias requer tempo, motivação dos profissionais e também motivação da pessoa que sofre de doença mental para que esta possa evoluir, a diversos níveis, como por exemplo: ao nível autoconhecimento e do aumento do insight.

Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de duas das competências de EEESM F3.1.1 e F3.1.2 ⁵, no entanto, considero que para adquirir o grau de excelência e de competente nesta área, só com a experiência que se desenvolve no confronto com o contexto e com os outros profissionais. Como menciona Malglaive (2003, p.123) ser competente significa que o profissional *“evoca em si mesmo a excelência do fazer, a validade, a amplitude dos saberes e do saber-fazer num dado domínio.”*

Este **estudo de caso** incidiu sobre um utente com antecedente pessoal de esquizofrenia e que é trazido à urgência do hospital do distrito de Lisboa conduzido pela GNR, por um episódio de delírio autorreferencial e heteroagressividade para com a mãe e irmã.

Para a elaboração deste estudo de caso recorri a pesquisa bibliográfica, à análise do processo individual do utente, bem como às entrevistas efetuadas ao utente e ao cuidador informal de forma a elaborar um plano de cuidados adequado e exequível para o utente. (Apêndice VI)

A entrevista ao utente e ao familiar cuidador tornou-se num instrumento essencial para a realização dos diagnósticos de enfermagem e para a compreensão daquele utente e da sua família.

Considerarei que este utente era uma pessoa de recursos internos e de potencialidade, no entanto ele por si só não tinha capacidade de resolver os seus problemas e por conseguinte a mudança de comportamentos de risco (álcool/alimentação). Foi então necessário integrar a família no plano de cuidados para este utente, nomeadamente a irmã que era o elemento de referência para motivar o utente a modificar os comportamentos de risco que apresentava no domicílio.

⁵ F3.1.1 – Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

F3.1.2 – Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.

Cabe ao enfermeiro identificar se a pessoa que sofre de doença mental ou a sua família estão aptas para receber informação/oriações e torna-se necessário ajudar estas pessoas a interiorizar as implicações da doença e aquisição de estilos de vida mais saudáveis.

Esta atividade contribuiu para o aperfeiçoamento das seguintes competências de EEESM F3.4.5 F3.5.4 e F3.1.9⁶, uma vez que foram identificadas as necessidades da pessoa que sofre de doença mental e instituído um plano de cuidados, em que os diagnósticos foram elaborados com linguagem CIPE. A minha intervenção junto do utente foi no sentido de aumentar o insight, a responsabilização pela sua saúde e a promoção de hábitos de vida saudáveis. Foi também a minha preocupação integrar o familiar cuidador com o objetivo deste ajudar o utente no seu processo de doença. O familiar irá auxiliar o utente a tomar consciência do seu problema, com o intuito que a transição do internamento para o domicílio, se dê de forma consciencializada e equilibrada/harmoniosa.

Foi também elaborada uma carta de alta de enfermagem e contactado o centro de saúde da área de residência, com intuito de dar continuidade aos cuidados de enfermagem, nomeadamente na supervisão da terapêutica injetável e na aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Benner (2001, p. 56), refere que os enfermeiros proficientes *“aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso, que põem à prova e requerem capacidade de aprender a situação”*.

No último dia de estágio foi planificada uma **sessão de educação para a saúde**, elaborando um plano de sessão onde estão definindo os objetivos a atingir bem como os critérios de seleção dos utentes (Apêndice VII), tendo sido analisado o tema com o meu enfermeiro orientador, que considerou pertinente.

A pesquisa bibliográfica efetuada à priori permitiu compreender que a adesão aos estilos de vida saudáveis é uma temática bastante atual, em pessoas que

⁶ F3.4.5 – *Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: a aumentar e a manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, manter e promover a integração familiar, social, profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social, promover e reforçar as capacidades das famílias.*

F3.5.4 – *Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.*

F3.1.9 – *Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.*

sofrem de doença mental, por isso decidi efetuar uma sessão de educação para a saúde que abordasse a alimentação equilibrada/saudável.

Como critérios de seleção, optei por utentes que estivessem orientados no tempo, espaço e pessoa, estáveis do ponto de vista psicopatológico e que demonstrassem interesse em participar.

O tema da sessão de educação para a saúde foi “A roda dos alimentos” em que numa primeira parte se explicou os conceitos sobre uma alimentação equilibrada com apoio materiais pedagógicos (imagem da roda dos alimentos e documentos da direção geral de saúde) e posteriormente procedeu-se à confeção de uma receita que contemplasse alimentos de alguns setores da roda dos alimentos.

A implementação de sessões de educação para a saúde tem como objetivo promover hábitos de vida saudáveis. Estas sessões permitem educar e motivar as pessoas com doença mental para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, a partir das informações e orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, neste caso, pelos enfermeiros.

O que no início começou por ser uma sessão de educação para a saúde com a explicação da roda dos alimentos e discussão dos alimentos mais saudáveis, que se devem ingerir em maior quantidade, transformou-se no final numa atividade lúdico-terapêutica em que o objetivo era que os utentes fizessem eles próprios uma receita proporcionando a estes uma interação entre eles, com necessidade de cumprir regras e trabalhar em equipa.

Uma das grandes vantagens das atividades lúdicas é segundo Cruz (2003) o facto de estas se centrarem na emoção, no relaxamento e no prazer, constituindo-se como um meio para a libertação de sentimentos. Estas atividades contribuem para a expressão e o desenvolvimento de competências.

As atividades lúdico-terapêuticas promovem a diversão, criam satisfação e alegria e poderão ajudar a potenciar comportamentos sociais ajustados, a estimular o crescimento pessoal, a aumentar a autoconfiança dos intervenientes, a enriquecer as experiências pessoais de cada utente e a promover a interação grupal.

Esta atividade permitiu o enriquecimento de conhecimentos como futura enfermeira especialista nas seguintes competências de EEESM F3.1.6 e F4.1.1⁷, uma vez que os utentes ao estarem informados sobre o tipo de alimentação saudável poderão modificar a sua alimentação, pois um dos efeitos de alguma medicação psiquiátrica é o aumento de peso. Por esta razão abordei este tema para que os utentes fiquem sensibilizados para o mesmo. O enfermeiro atua no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de complicações que possam advir de uma alimentação desequilibrada.

Às quartas-feiras realiza-se no internamento **sessões de formação em serviço** em que tinham como foco colmatar as necessidades de formação dos elementos da equipa.

Esta formação em serviço era apresentada por profissionais do serviço ou por preletores externos que eram convidados pelos profissionais.

De acordo com Sousa (2003), a formação contínua é um fator preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional da pessoa, assim como das organizações; esta proporciona a adaptação às inovações que advêm do mundo em constante mudança, no alcance de uma melhor qualidade dos serviços prestados.

A formação em serviço é um veículo importante para que o profissional se interrogue e reflita sobre as suas práticas do quotidiano, de acordo com Dias (2004), a formação em serviço adquire uma importância fulcral, na medida em que permite à pessoa refletir em conjunto sobre as práticas e cuidados prestados, assim como, poderá ser um instrumento utilizado para dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais. A formação em serviço é também uma forma de atualização de conhecimentos.

Neste mesmo dia, após a sessão de formação, realiza-se a reunião semanal da equipa multidisciplinar, em que estão presentes, os médicos psiquiatras, enfermeiros e assistente social. Nesta reunião discute-se o estado clínico dos utentes internados de acordo com a perspetiva médica, de enfermagem e serviço social. As decisões que são tomadas têm o contributo dos vários profissionais envolvidos.

⁷ F3.1.6 – Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.

F4.1.1 – Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mental

Neste contexto de internamento, além das atividades desenvolvidas, e que tive o prazer de participar, há a salientar que tive muito focalizada na **relação de ajuda ao outro e na comunicação terapêutica**, pois considero que estas são duas ferramentas que a enfermeira especialista em saúde mental deve possuir e demonstrar na sua prática.

Neste campo de estágio deparei-me com pessoas que tinham dificuldades em expressar as suas vivências e os seus sentimentos, dificuldade que pode ser colmatada com as competências da relação de ajuda. Considero que quando a pessoa se sente aceite pelo outro (enfermeiro), sem julgamento crítico, consegue sentir-se compreendida apoiada e torna-se mais fácil ao enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda com esta pessoa, porque a pessoa ao sentir-se aceite e sem atitude punitiva por parte do outro abandona as defesas que são inerentes quando se inicia um processo de relação de ajuda.

Relativamente a este aspeto há que salientar uma intervenção que fiz com uma utente que estava internada e estava no quarto com tremores nas mãos e a chorar. Pedi-lhe autorização para poder ficar junto dela e solicitei à utente que dividia o quarto com a utente para sair se não se importasse. A utente do lado saiu e eu fiquei sentada na cama a passar a mão pelo ombro da utente no intuito apaziguador.

A utente após ter chorado a soluçar, a mencionar que estava farta desta vida, de não conseguir ir com a família a um restaurante o que antes fazia sem problemas, que alguém lhe tinha “rogado alguma praga”. Permaneci em silêncio pois não quis quebrar os pensamentos que estavam a surgir sem bloqueios.

Após a utente permanecer em silêncio alguns minutos fui intervindo com a mesma e esta acabou por confessar que tinha sido vítima de um assalto a qual ela tinha resistido e por isso foi vítima de violência física e que tem um filho com necessidades educativas especiais situação que lhe causava bastante preocupação.

Consegui estabelecer uma relação de ajuda com a utente, pois esta confiou em mim para partilhar o que estava a sentir e o que estava na base do seu problema. Eu posteriormente, transmiti aos enfermeiros e ao médico assistente a informação relevante, com o intuito de se intervir com esta utente e família de uma forma mais estruturada, ou seja, que se estabeleça um plano de cuidados mais específico com as informações que foram mencionadas na intervenção individual

Foi angustiante ouvir a utente a proferir as palavras que o filho lhe dizia com alguma frequência, em relação ao querer desaparecer. Quando ouvi esta afirmação, despoletou em mim o meu papel de mãe, em primeiro lugar do que o meu papel de enfermeira. Foi desconcertante, ou seja, eu estava na relação com a utente e quando ela me fala desta situação, penso que a minha expressão não-verbal foi de perplexidade e de preocupação, pois como sou mãe imagino o sofrimento que a utente estava a sentir e identifiquei-me com ela, pois se estivesse no lugar da mesma eu também sofreria.

Nesta situação fiz o que se designa na literatura por *contratransferência* que são as emoções que o enfermeiro experiencia quando está em relação com o outro e que estão relacionadas com situações sentidas da sua própria vida e que afetam o discernimento do profissional na relação com o outro.

O sentimento de *contratransferência* pode ter uma interferência positiva, quando a reação emocional na relação com o outro auxilia a compreensão da situação ou pode ter uma interferência negativa, distorcendo o entendimento do enfermeiro acerca da situação.

Segundo Leitão (2003, p. 176), *“a transferência e a contratransferência são elementos que constituem uma unidade, um processo de trabalho que deve ser levado a cabo em conjunto”*.

Julgo que a *contratransferência* que fiz serviu de certa forma de compreensão à situação que a utente estava a vivenciar, ou seja, foi uma interferência positiva.

É essencial quando estamos perante pessoas que sofrem de doença mental apercebermo-nos de quando e como interagir com essa pessoa. Porque desta perceção poderão vir contributos para uma relação terapêutica e para um plano de cuidados adequado e estruturado.

Desta forma, considera-se fundamental que o enfermeiro se conheça muito bem a si próprio (ao nível das suas atitudes, dos comportamentos e da comunicação não verbal), de forma a não influenciarem negativamente a relação terapêutica. Por isso, é primordial que o enfermeiro desenvolva competências pessoais, sociais, relacionais e interpessoais, para desenvolver uma relação de ajuda com o outro.

A intervenção individual que executei com a utente e que se baseou na relação de ajuda contribuiu para a aquisição das seguintes competências de EEESM F1.1.2

e F1.1.3⁸, contudo convém ressaltar que estas competências só se adquirem na sua plenitude com experiência e prática em contexto, ou seja, tem que existir uma ligação entre teoria e prática, prática e experiência e experiência e atitude reflexiva (Sá Chaves, 2007).

Torna-se pertinente que o enfermeiro reconheça as suas defesas/resistências e o impacto que ele próprio tem na relação terapêutica, para poder preservar integridade do processo terapêutico.

É indispensável evoluir no autoconhecimento e na autoconsciência como modo de compreender, os nossos limites na ajuda ao outro e perceber como as nossas atitudes são influenciadas pelos nossos valores, cultura e crenças pessoais. Desta forma, iremos conseguir estabelecer relações terapêuticas com o outro sem a contaminação dos nossos valores internos e crenças pessoais.

No que concerne, à comunicação terapêutica, este revelou-se uma área em que investi bastante, pois é necessário ferramentas para comunicar com os utentes e os seus familiares. O orientador de estágio fazia-o muito bem e eu ficava perplexa nas estratégias que utilizava para comunicar com um utente em fase de delírio, de taquipsiquismo e de agressividade.

Tive necessidade de recorrer à bibliografia, nomeadamente, a Chalifour para aprofundar as técnicas da comunicação verbal, que segundo o autor (2008, p.18), as técnicas de comunicação verbal são: “os reflexos, a síntese, as questões, o feedback e a revelação de si”.

Estas técnicas estavam presentes, de uma forma sucinta, no meu pensamento quando estava em relação com o outro e por isso utilizava o *reflexo* para reforçar que o compreendia da mensagem que a pessoa transmitia, a *síntese* era a forma de salientar aspetos essenciais da mensagem transmitida, as *questões* que colocava ao outro eram na sua maioria questões abertas para possibilitar a pessoa a verbalizar o que sentia e o que pensava, no entanto também se poderá utilizar questões fechadas, diretas ou indiretas, o *feedback* implicava que fosse conhecedora do conteúdo transmitido, para que pudesse efetuar considerações

⁸ F1.1.2 - Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.

F1.1.3 – Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

sobre o que era transmitido e a *revelação si de* refere-se aos sentimentos e pensamentos que estavam interligados ao que o utente dizia e fazia.

Confesso que, apesar da inexperiência, consegui colocar em prática, algumas destas técnicas da comunicação verbal, defendidas por Chalifour, com os utentes/familiares. No entanto, considero que só a prática contínua destas competências comunicacionais, poderá levar a uma melhor atuação da minha parte, com maior domínio para situações inesperadas.

Além das atividades mencionadas anteriormente é importante referir que elaborei e analisei a história de saúde de vários utentes internados que estavam sob a minha responsabilidade e do orientador de estágio (que supervisionava as minhas intervenções e esclarecia com ele algumas dúvidas e formas de atuação). Desenvolvi um plano de cuidados com diagnósticos e intervenções de enfermagem, baseados em linguagem CIPE, que me permitiram refletir e perceber se as intervenções efetuadas tinham ou não resultados positivos perante as pessoas sujeitas às intervenções planeadas por mim.

Nesse contexto de estágio também tive a oportunidade de assegurar a continuidade de cuidados articulando com outros profissionais (assistente social, enfermeiros do centro de saúde).

A realização de intervenções individuais permitiu o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada às necessidades individuais de cada utente.

3.2 – Contexto Comunitário

Este contexto de estágio proporcionou que efetuasse **consultas de enfermagem**. Tive o privilégio de conhecer os utentes, que a orientadora tinha o cuidado de me enquadrar, no que concerne a patologia e aos cuidados de enfermagem prestados antes do meu primeiro contato com os utentes/família. Ao longo do estágio colaborei na administração da terapêutica, fiz atendimentos de enfermagem que me permitiram desenvolver as técnicas de comunicação terapêutica que mencionei anteriormente, efetuei visitas domiciliárias e delineie e executei abordagens psicoeducativas para os utentes que sofrem de doença mental e para os familiares cuidadores.

Considero que a minha integração com os utentes foi relativamente célere uma vez que, que os mesmos, ao longo dos meses, começaram a conhecer-me um pouco melhor e passaram a ver-me como uma profissional que estava ali, em conjunto com a minha enfermeira orientadora, para os ajudar e em quem podiam confiar.

Gradualmente, e de forma cada vez mais autónoma, fui estabelecendo relações terapêuticas com os utentes e família. Considero que tive um esforço adicional, por não ser da área da saúde mental, na área dos registos de enfermagem que eram efetuados após cada atendimento de enfermagem, foi uma dificuldade sentida por mim, na medida em que não consegui ser objetiva na avaliação do estado mental, ao escrever os registos tinha tendência a efetuar uma “espécie de composição”, talvez pelo facto de não ser a minha área profissional mas também pelo campo de estágio anterior não me permitir construir a avaliação do estado mental em texto devido ao sistema informático ter intervenções e diagnóstico padronizados que apenas selecionava. Julgo que nesta área dos registos de enfermagem ainda terei de evoluir.

No contexto comunitário, assim como no contexto de internamento, é necessário estar alerta para a comunicação verbal e não-verbal do utente/família para os podermos compreender na sua globalidade. Durante este processo, a relação de confiança que se cria é fundamental para a adesão ao tratamento. Creio que no decorrer das nove semanas consegui estabelecê-la, com alguns utentes, através da demonstração de disponibilidade para os ajudar na resolução dos diversos problemas identificados.

As consultas de enfermagem são marcadas consoante as necessidades de cada utente para e pela respetiva enfermeira, ou seja, cada enfermeira atende os seus utentes tendo a vantagem de ser criada uma relação de confiança entre utente e enfermeiro, que considero extremamente importante para a adesão ao tratamento por parte dos utentes.

A enfermeira realiza as consultas de enfermagem e faz a avaliação do estado mental e físico dos utentes bem como incentiva a participação em atividades sócio ocupacionais, de forma a evitar o isolamento social. Nesta equipa comunitária é efetuado o atendimento de enfermagem a todos os utentes que necessitem de intervenção de enfermagem. A enfermeira gere os seus utentes, promovendo a

articulação com os recursos da equipa e da comunidade para satisfazer as necessidades quer utente, quer da família.

As necessidades manifestadas pelos utentes são na sua maioria, a administração de terapêutica injetável, a supervisão da terapêutica, a avaliação do estado geral dos utentes ou as medidas de suporte (familiar, afetivo). Estes atendimentos são flexíveis devido a não existir uma hora marcada.

Segundo Phaneuf é importante motivar o utente, ela menciona que

“motivar a pessoa cuidada a retomar a esperança, a querer curar-se e a tomar conta de si é com frequência muito difícil. No entanto, trata-se de um papel importante da enfermeira, que ela desempenha com a ajuda da comunicação e da relação de confiança desenvolvidas com o doente”. (Phaneuf, 2005, p. 140)

O enfermeiro tem um papel fundamental para orientar os utentes que sofrem de doença mental e seus familiares no reconhecimento de sinais de recaída e desenvolver estratégias de *coping* face à doença.

As consultas de enfermagem em contexto comunitário permitiram de uma forma geral, o enriquecimento de conhecimentos como enfermeiro especialista nas seguintes competências de EEESM F3.1.5, F3.4.1, F3.4.2, F3.4.4 e F3.5.6⁹, de ressaltar que estas competências se adquirem na sua plenitude com base na experiência da prática e do terreno. A corroborar esta minha afirmação está Le Boterf (2005) que refere que a pessoa competente é aquela que tem a habilidade de mobilizar todo o seu saber e a sua experiência alcançada na ação de modo eficaz.

O acompanhamento que o enfermeiro desenvolve na comunidade pressupõe uma coparticipação do utente no seu tratamento, ou seja, a pessoa com doença mental torna-se uma pessoa ativa no seu projeto terapêutico. O enfermeiro desenvolve uma monitorização (terapêutica e vigilância dos sinais de descompensação) semanal, quinzenal ou mensal, dependendo do estado de saúde do utente.

⁹ F3.1.5 – Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença.

F3.4.1 – Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.

F3.4.2 – Monitoriza a segurança do cliente e faz a avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.

F3.4.4 – Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátrica e melhorar a funcionalidade.

F3.5.6 – Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.

É importante o apoio por parte da equipa de saúde e da família, pois o utente sente que é alvo e cuidado e de suporte, tendo em consideração as diferentes transições. Segundo a teoria de transições de Meleis, o papel do enfermeiro é atuar junto do utente que não está preparado para uma transição e desenvolver um conjunto de intervenções para que ele consiga resolver os seus problemas de forma fundamentada e orientada, através de estratégias e recursos de suporte, fornecidos pelos enfermeiros.

Nas consultas de enfermagem o enfermeiro está sensível para as diferentes áreas: saúde, social, profissional e ocupacional do utente com doença mental, pois torna-se necessário que o utente se sinta integrado na sociedade, que seja uma pessoa ativa dentro das suas possibilidades, para isso o enfermeiro poderá efetuar o encaminhamento para os vários técnicos no sentido de ajudar o utente a resolver os problemas.

O contato que tive com os utentes de sofrerem de doença mental e familiares, permitiu-me aprimorar a **comunicação terapêutica** pois de uma forma gradual fui estabelecendo relações terapêuticas mais autonomamente que me permitiram planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com a utente/família, os quais se tornaram o foco da minha atenção.

Como mencionei anteriormente, a relação de confiança que se cria é entre enfermeiro/utente e família é fundamental para que exista mudança de comportamentos através de colaboração no reconhecimento das suas capacidades e fragilidades e assim, gerir o seu processo de doença.

O enfermeiro ao estabelecer empatia e uma relação de confiança com o utente/família, estabelece uma relação de ajuda e que consiste

“numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour, 2009, p. 33)

Semanalmente, às terças-feiras, realizam-se **visitas domiciliárias**, que tem o objetivo de administração de terapêutica injetável aos utentes que não conseguem deslocar-se à equipa comunitária, ou para averiguar o motivo dos utentes faltarem às consultas de enfermagem ou médicas e que podem entrar em situação de

descompensação. Desta forma, tenta-se verificar o estado clínico dos utentes, com o objetivo de manter a sua estabilidade, com intuito de evitar o internamento.

Labate, Galera, Avanci (2004) afirmam que a visita domiciliária proporciona aos profissionais de saúde uma observação da pessoa no seu contexto. Esta avaliação torna-se útil para os profissionais avaliarem as condições de habitação, de higiene, saneamento básico e das relações que se estabelecem entre os vários membros da família.

Além das visitas domiciliárias, neste contexto comunitário também existem **sessões clínicas** que têm lugar às quartas-feiras no hospital e na presença de todos os técnicos que fazem parte do serviço de psiquiatria. Nestes dias são apresentadas temáticas relevantes para a prática em saúde mental e psiquiátrica (casos clínicos, dados estatísticos, projetos realizados, etc). As reuniões para além da componente formativa, permitem conhecer e valorizar o trabalho desenvolvido pelos diferentes técnicos inseridos no serviço de psiquiatria. As sessões incluem um momento de discussão que é de extrema relevância pois há uma panóplia de opiniões sobre uma temática. Tive o privilégio de assistir a duas apresentações de casos clínicos uma na perspetiva da assistente social e uma na perspetiva médica e assisti também a um trabalho desenvolvido na área da grupanálise.

Neste mesmo dia e após a sessão clínica tem lugar as reuniões de equipa em que estão presentes os membros da equipa comunitária e têm uma dinâmica multidisciplinar em que cada semana a equipa reúne-se com parceiros diferentes (a primeira quarta-feira reúne-se com o hospital de dia, a segunda quarta-feira com a pedopsiquiatria, a terceira quarta-feira com a associação Recomeço e a quarta quarta-feira do mês com o *espaço@.com*, com o objetivo de informar e discutir a evolução dos utentes que pertencem a esta equipa comunitária e que foram encaminhados pela mesma para estas instituições.

No final da discussão dos utentes com os parceiros da equipa comunitária, há o fornecimento de informação dos utentes que se encontram internados, pelo médico assistente. Cada médico é responsável por uma área geográfica e fornece a informação relativa aos utentes que estão internados da área geográfica do centro de saúde que estão acoplados.

Ao longo do estágio foram efetuadas as chamadas **orientações tutoriais** que foram momentos de partilha de dificuldades, de métodos de trabalho, de estratégias para resolução de problemas e de reflexão.

Esta atividade que está englobada no plano de estudo do curso é importante para a aquisição da competência EEESM F1.1.110, na medida em que são importantes os momentos de partilha tanto na escola; com os professores e colegas, por que favorecem a autorreflexão, ajudando-me a questionar o meu “eu”, a minha prática, permitindo desenvolver competências ao nível do autoconhecimento, ao nível emocional e comunicacional.

Neste contexto comunitário pude desenvolver **abordagens psicoeducativas** semiestruturadas, ou seja, não estavam subjacentes a nenhum modelo psicoeducativo, mas tinham como base as necessidades identificadas no decorrer das intervenções terapêuticas com os utentes/familiares.

As abordagens psicoeducativas aos utentes eram efetuadas mediante as necessidades diagnosticadas pelo enfermeiro ou pelo próprio utente/família, no atendimento de enfermagem.

As abordagens psicoeducativas aos familiares eram programadas com uma duração de aproximadamente 45 minutos e com um intervalo de uma semana entre sessões. Os temas abordados nas sessões estavam em consonância com as necessidades identificadas pelos familiares e pela enfermeira.

As abordagens psicoeducativas efetuadas aos familiares de utentes com patologia mental foram quatro. Consegui delinear um conjunto de três sessões para um familiar cuidador: em que a primeira sessão foi de conhecimento da estrutura familiar, das dificuldades sentidas no dia-a-dia ao lidar com o seu familiar portador de doença mental grave e das preocupações futuras, tendo por base questões orientadoras (Apêndice VIII). A segunda sessão foi o fornecimento de orientações para lidar com as dificuldades que tinha manifestado na sessão anterior, nomeadamente, sobre os sintomas e o reforço sobre a necessidade de adesão à terapêutica. A terceira sessão teve o objetivo de recapitular e reforçar as orientações efetuadas na sessão anterior e fornecer estratégias para lidar com o familiar doente, como evitar os conflitos e as críticas negativas ao doente e o encaminhamento

¹⁰ F1.1.1 – Identifica no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

correto quando observassem alguma alteração do comportamento. Também nesta sessão eram entregues folhetos que foram elaborados para responder às necessidades manifestadas.

O enfermeiro ao intervir nos familiares que não estão preparados para a transição de familiar para cuidador tem que desenvolver um conjunto de intervenções terapêuticas para a suplementação deste novo papel, pois os familiares quando se dá esta transição (familiar para familiar cuidador), muitos deles têm a insuficiência de papel. A teoria de Meleis facultava algumas estratégias e recursos para que os profissionais ajudem a pessoa com doença mental e o seu familiar na resolução dos problemas de forma orientada e supervisionada.

A elaboração dos **folhetos** não estava contemplada nos objetivos de estágio, mas achei pertinente a sua elaboração uma vez que é um instrumento que reúne as informações pertinentes e com uma linguagem acessível. (Apêndice IX). Estes folhetos permitem ao familiar ler e reler mais tarde, consolidando desta forma a informação dada oralmente. A escolha da elaboração deste meio de informação teve presente a sua maior eficácia como meio complementar de transmissão da informação efetuada nas sessões psicoeducativas.

No que concerne à abordagem psicoeducativa ao segundo cuidador familiar, este só compareceu à primeira sessão após vários contatos telefónicos e agendamentos que acabavam por não se concretizarem por não comparência do familiar. Nesta primeira sessão foi abordada dificuldades sentidas no dia-a-dia ao lidar com o seu familiar portador de doença mental grave e procurou-se saber as relações familiares entre os vários membros da família. Após esta sessão ficou agendado uma segunda sessão com a familiar que acabou por nunca se concretizar apesar de várias tentativas de contato.

Na primeira abordagem psicoeducativa que realizei em contexto comunitário fiz uma entrevista ao familiar cuidador de uma pessoa com doença mental grave e os sentimentos de nervosismo e preocupação estiveram presentes, nomeadamente em aplicar as técnicas que tinha aprendido na componente teórica e que tinha tido oportunidade de observar no contexto anterior, ou seja, não ser demasiado investigativa, não colocar questões fechadas, devolver à pessoa algumas ideias menos esclarecidas e respeitar os silêncios. O estar demasiado focada nestes aspetos refletiu-se no desenrolar da entrevista, ou seja, perdi o fio condutor da

mesma e não a direcionei para aquilo que eu pretendia, nomeadamente o aprofundar das relações dos membros daquela família.

No entanto, consegui estabelecer uma relação empática com o familiar, pois era um familiar que tinha a necessidade de ser ouvido e eu dei-lhe oportunidade de o fazer. Segundo Mackinnon (1990), a entrevista centralizada na compreensão da pessoa faculta informação diagnóstica mais valiosa do que a que está reunida na psicopatologia, ainda que o entrevistador possa ter contato com a pessoa uma única vez, é possível uma interação verdadeiramente terapêutica.

Nas sessões seguintes consegui estruturar a sessão de forma a responder às necessidades do familiar que foram identificadas na primeira sessão. Assim, procurei seguir linhas/questões orientadoras relativas à psicoeducação e aos tópicos a abordar que eram o estigma da doença mental, o conceito de doença mental, os sinais e sintomas da doença e os recursos existentes na comunidade.

Tenho a consciência que a entrevista inicial que efetuei pode ser melhorada com o tempo e com treino, pois como refere Neeb (2000, p. 23), *“apesar das nossas aptidões técnicas serem bastante importantes e não poderem menosprezar-se, é a utilização adequada das nossas capacidades de comunicação verbal e não-verbal que cimenta a relação com os nossos utentes e que promove o processo de cura.”*

Uma entrevista eficaz a um utente/familiar poderá ser a base para proporcionar uma relação de confiança e uma adesão ao tratamento e às orientações efetuadas pelo enfermeiro.

A informação obtida, através da entrevista que o enfermeiro efetua ao utente ou à família e onde há espaço para estes verbalizarem as suas necessidades, os seus pensamentos e os seus sentimentos é tão importante como o exame físico ou o exame mental.

Considero que as abordagens psicoeducativas são intervenções úteis, na medida em que permitem ao familiar não se sentir só e abandonado no processo do cuidar e saber a quem recorrer em momentos de crise e descompensação. Este apoio por parte dos profissionais de saúde deve ser dado às famílias para que estas estejam mais tranquilizadas, apoiadas e por sua vez, mais competentes no cuidar do familiar com patologia mental.

É importante cuidar da família, devido a esta ser cada vez mais considerada, um parceiro nos cuidados e é função do enfermeiro ajuda-la a compreender os comportamentos do utente que sofre de doença mental e colaborar na adesão ao tratamento. A família deverá ser considerada como parceira no processo de cuidar, pois

“a consulta de pessoas que conhecem o doente melhor do que nós, que estão mais ao corrente das necessidades relativas à sua idade, aos seus hábitos culturais ou ao seu problema de saúde, pode também ajudar-nos. Por exemplo, os próximos de um doente são muitas vezes capazes de nos dar conhecimento dos seus gostos, dos seus hábitos e dos seus comportamentos, ou de nos indicar sinais e sintomas da sua doença e do seu estado de sofrimento, confirmando ou desmentindo assim as nossas percepções.” (Phaneuf, 2005, p. 105)

As abordagens psicoeducativas que fiz permitiram o enriquecimento de conhecimentos e são o alicerce para a aquisição das seguintes competências EEESM F4.1.10, F4.1.2, F4.1.3, F4.1.5¹¹. Utilizei o conceito de alicerce, pois considero que o enfermeiro aprende pela experiência e só com a continuação da implementação destas abordagens psicoeducativas é que se poderá mencionar que as competências anteriores foram atingidas na sua globalidade.

A finalidade das várias abordagens psicoeducativas que fiz foi de ajudar os familiares e os utentes a lidarem com situações desgastantes do seu quotidiano e ajuda-los a compreender e a crescer por forma a lidarem melhor a situação de doença mental, com o intuito de existir um equilíbrio familiar e de minimizar as recaídas.

Acredito que ao munir as pessoas que sofrem de doença mental e os seus familiares de informação relativas à doença, ao regime terapêutico, aos sinais e sintomas da doença e dos recursos da comunidade onde podem dirigir-se para colmatar algum problema, os intervenientes (utente/família) terão aquilo que Meleis designa de mestria e que permite à pessoa monitorizar e interpretar sintomas, tomar decisões e fazer julgamentos, entre outros. Todas estas atitudes contribuem para uma transição saudável e por sua vez para uma fase de estabilidade.

¹¹ F4.1.10 – Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.

F4.1.2 – Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

F4.1.3 – Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas).

F4.1.5 – Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.

Em alguns atendimentos de enfermagem pude efetuar algumas entrevistas não estruturadas e com o intuito de ajudar os utentes que estivessem numa situação angustiante, como por exemplo, uma utente que necessitava de exteriorizar o que sentia, o meu objetivo foi fazer com que a utente expressasse a sua dor e as suas inquietudes, para que ela se sentisse menos ansiosa e mostrar-lhe que o seu sofrimento, foi compreendido, ou seja, manifestar-lhe compreensão empática.

Nestes contextos o objetivo primordial foi o de promover confiança nela própria, e aperceber-se que não está sozinha e que poderá exprimir as suas emoções. Não é preconizado que o enfermeiro dê conselhos, mas sim deixar a pessoa verbalizar o que sente, porque ao expor a razão da sua inquietude está a tornar-se mais ativa e consciente em relação ao problema.

Neste contexto também elaborei dois **jornais de aprendizagem** tendo como base o ciclo reflexivo de Gibbs. Não elaborei semanalmente devido à minha orientadora ter estabelecido para comigo uma relação pedagógica, com quem tinha a facilidade de dialogar sobre o que estava a sentir, os meus constrangimentos pessoais e profissionais e discutir estratégias para atingir os meus objetivos.

Ao longo do estágio, neste contexto comunitário, fui concebendo reflexões dos acontecimentos que tiveram significado para mim e transmitia essas mesmas reflexões, oralmente à minha orientadora. Estas reflexões e estes momentos de partilha possibilitaram-me a visualização de outras formas de intervir com o outro e de melhorar a minha relação e intervenção com as pessoas com doença mental e a sua família, ao mesmo tempo contribuíram para uma construção permanente da minha identidade pessoal e profissional.

Esta atividade permitiu a aquisição da competência EEESM F1.1.112, na medida em que são importantes os momentos de partilha com a enfermeira orientadora, com a equipa multidisciplinar e com os utentes/familiares. Esta implicação no contexto da prática clínica e os momentos de partilha favoreceram a minha autorreflexão permitindo-me desenvolver competências a nível do autoconhecimento, a nível emocional e comunicacional.

Como menciona Sequeira (2006, p. 15) *“o enfermeiro deverá desenvolver o seu saber-ser e saber-estar”* com ele mesmo e com os outros *“pois são estes factos*

¹² F1.1.1 – Identifica no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

que constituem (...) os alicerces da relação terapêutica.” que são fundamentais para a prática em SMP.

Todas as intervenções por mim realizadas tiveram por base os pressupostos da **Teoria das Transições de Afaf Meleis**, como referido anteriormente, por este ser o modelo, na minha opinião, que melhor permite atuar com a pessoa com doença mental e a sua família. Pois esta teoria baseia-se na existência de uma transição que compreende a passagem entre dois pontos (ser saudável e passar a ser pessoa com doença mental ou o familiar que passa a ser cuidador) e é um processo que envolve transformação, alteração e pressupõe tempo para a incorporação, integração ou adaptação. É também um processo que requer reorientação interna para a pessoa aprender e incorporar a nova circunstância na sua vida.

Como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria pretendo facilitar um processo de transição saudável, diminuindo ou mesmo eliminando uma transição desadaptada, promovendo o bem-estar e facilitando a forma de lidar com a experiência da transição.

Este contexto permitiu que houvesse um crescimento profissional e pessoal, pois posso afirmar que conheço-me melhor a mim própria e consigo controlar de uma forma mais eficaz os meus sentimentos, episódios de contratransferência e reações que são intrínsecas à relação terapêutica.

Considero que ser enfermeiro de saúde mental na comunidade torna-se desafiante, porque os enfermeiros lidam por vezes, com o fator surpresa e imprevisibilidade. O enfermeiro pode deparar-se nas suas consultas, com um utente que sofre de uma doença mental que até ao momento manifestava ser um a pessoa com insight para a sua doença e envolvida e motivada no seu projeto terapêutico e eis que surge um dia nas consultas ansioso, com comportamento desadequado, despoletado não só pelo incumprimento da terapêutica como também por outras situações, como por exemplo, acontecimentos stressantes, que podem conduzir a transições situacionais, saúde-doença, desenvolvimentais ou organizacionais.

O enfermeiro da comunidade gere esta situação ao mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e humanos que adquire com a prática clínica, mobiliza-se a ele próprio como um instrumento terapêutico e a premissa das suas intervenções são a

relação terapêutica e a relação de ajuda. Em ambiente hospitalar nos utentes em situação de crise, os enfermeiros têm a possibilidade de controlar um maior número de variáveis de imprevisibilidade, por meio de uma vigilância mais próxima e tomando as medidas necessárias em tempo útil, para garantir um meio favorável à recuperação em situação aguda. Em contexto comunitário esta vigilância é realizada por meio da consulta de seguimento, visitas domiciliárias, telefonemas de acompanhamento, contacto com familiares ou pessoas significativas, para que possa ser realizada uma eficaz monitorização de cada utente.

Neste campo de estágio elaborei uma revisão bibliográfica das patologias mais frequentes neste contexto de forma a fundamentar e a melhorar a minha intervenção com os utentes e familiares. Exigiu que eu revesse os conceitos subjacentes à relação de ajuda, comunicação e entrevista, estes três conceitos estão na base das abordagens psicoeducativas que desenvolvi com os utentes e familiares. Elaborei registos de enfermagem, com alguma dificuldade, pois por vezes tinha dúvidas na construção do registo devido à nomenclatura e linguagem específica da SMP.

Delineei e individualizei planos de cuidados e intervenções que dessem resposta às necessidades dos utentes/famílias e envolvi os mesmos no processo terapêutico. Consegui aplicar e desenvolver competências relacionais com os utentes/famílias nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliárias e por último, como tive a oportunidade de mencionar anteriormente a prática reflexiva com a orientadora ajudou-me na promoção da aprendizagem, assim como, na melhoria dos cuidados prestados.

4. AVALIAÇÃO

Com a elaboração deste relatório de estágio posso salientar que houve aspetos positivos que resultaram da pesquisa bibliográfica, da reflexão e da partilha com orientadores de estágio dos serviços em que estagiei.

Os momentos de discussão e o apoio disponibilizado por parte dos orientadores de estágio e da professora orientadora, foram importantes para o meu percurso de aprendizagem porque possibilitaram o acompanhamento do processo de aquisição de competências de ESSMP, permitiram que expusesse os meus receios pessoais e profissionais e houve momentos de reflexão individual e conjunta que me permitiram evoluir a nível profissional e pessoal.

A facilidade de integração nas equipas multidisciplinares foi um aspeto facilitador para a minha aprendizagem, pois permitiu que questionasse os profissionais e fizesse a articulação com os mesmos sem receios ou medos.

Ao longo da realização deste relatório, foram sentidas algumas dificuldades; nomeadamente conseguir traduzir todos os momentos de aprendizagem que efetuei ao longo de cinco meses em cinquenta páginas. Contudo, de forma resumida, penso ter conseguido retratar este meu trajeto, dando resposta ao preconizado para este relatório.

No decorrer deste estágio também foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente, na adesão das famílias ao meu projeto. Alguns familiares quando abordados para participarem nas sessões psicoeducativas unifamiliares mostravam-se disponíveis, no entanto, no dia em que tinham sido agendadas as sessões, estes não compareciam, alegavam motivos familiares, profissionais. Outros familiares quando eram abordados para participarem nas sessões mencionavam a falta de disponibilidade e de recursos financeiros para se deslocarem às instituições. Por estas razões, houve a necessidade de adequar o projeto pelo que foram abrangidas as pessoas que sofrem de uma doença mental. Devido a esta adaptação o título do projeto sofreu alteração de “intervenções psicoeducativas para a promoção do bem-estar do cuidador informal da pessoa com doença mental grave” passou a intitular-se “abordagem psicoeducativa nos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica”.

Outra dificuldade que senti foi relacionada com o nível de aprendizagem de cada competência, que não foi o mesmo em todas elas, tendo algumas sido, mais desenvolvidas do que outras.

Neste trabalho fui descrevendo, caracterizando, analisando e refletindo sobre todas as aprendizagens que foram surgindo ao longo do estágio, para isso foquei os conhecimentos que adquiri e as atividades que implementei, de forma a atingir os objetivos delineados e a favorecer a aquisição de competências de EESMP. No entanto, tenho o entendimento que o processo de aquisição de competências é ininterrupto e teve início neste meu percurso.

Ao longo deste percurso houve empenho e evolução de mim própria, conseguindo conhecer melhor as minhas capacidades para intervir com o doente que sofre de uma patologia mental e com a família. Este desenvolvimento foi feito através de reflexões críticas que realizava diariamente.

Estou convicta que o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio, contribuiu para uma melhoria dos cuidados prestados. Poderia ter seguido caminhos diferentes para atingir o mesmo objetivo, mas segui o caminho que me pareceu mais lógico e mais coerente, perante os recursos disponíveis e a singularidade das pessoas para quem planeei intervenções especializadas no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio centrou-se num projeto desenvolvido no âmbito das abordagens psicoeducativas que os enfermeiros poderão efetuar para atenuar o sofrimento e angústia dos utentes com doença mental e das suas famílias.

As intervenções psicoeducativas que foram efetuadas ao utentes que sofrem de doença mental e aos familiares dos mesmos, tiveram como objetivo promover a participação ativa do doente que sofre de doença mental no seu processo terapêutico, melhorar a relação entre utente/família, para isso foram efetuadas sessões psicoeducativas com o intuito de munir os intervenientes, de informação relativa à doença, aos sinais e sintomas, técnicas para lidar com a pessoa em situação de crise, apoio emocional e reforçar os aspetos que o utente/família estão a cumprir do processo terapêutico.

O desenvolvimento das abordagens psicoeducativas devem ser conduzidas por um enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do utente/família, já que este tem o privilégio acompanhar o utente/família nos diversos espaços clínicos (internamento, comunidade, casas de saúde).

Considero que os objetivos delineados, que explano seguidamente, foram atingidos e que contribuíram para a aquisição das competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, exigidas pela Ordem dos Enfermeiros. Sendo assim, os objetivos propostos foram a integração na equipa multidisciplinar, a caracterização dos cuidadores informais, a identificação das necessidades da pessoa com doença mental grave e do seu cuidador, a planificação, o desenvolvimento e a avaliação das intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais e por último o desenvolvimento da capacidade de análise reflexiva ao longo de todo o estágio.

Para esta finalidade, foi essencial a integração na prática dos saberes científicos, técnicos e relacionais adquiridos, a troca de experiências com os orientadores de estágio e também com os restantes profissionais da equipa (assistente social, médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos).

Para além da relação de ajuda e das técnicas de comunicação, a reflexão foi um veículo que me ajudou a tomar consciência das minhas ações (aprender com meus erros e reconhecer as conquistas) e permitiu que eu articulasse a teoria com a prática.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área onde é exigido ao enfermeiro uma grande capacidade relacional e comunicacional. Por este facto, as intervenções compreendem o estabelecimento da relação de ajuda, tendo como finalidade o equilíbrio familiar e favorecer as transições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncípia Editora, Lda.
- Andrade, C. (2013). *Membro da Família Prestador de Cuidados Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.
- Bagagem, M. (2010). *A família e a saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora
- Brito, M. L. d. S. (2006). Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24.
- Casanova, M. P. (2008). *Relatório: Algumas Normas Metodológicas*. Ramada: Escola Secundária da Ramada.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidata.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidata.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cruz, L; Barreto, S. (2003). A Importância do Lazer na Inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência Mental na Sociedade. *Revista Leonardo Pós-ICPG*. Vol. I, nº 2, 9-15.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência.
- Dias, M., I. (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo*. Dissertação de mestrado. Coimbra.
- Dixon, B.; Lelman, F. (1995) - *Family interventions for schizophrenia*. p. 631-43. Acedido 22-06-2015. Disponível em <http://www.mentalhealth.com/mag1/scz/sb-fam1.html>

- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correia, B., Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na Esquizofrenia: Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Ata médica Portuguesa [Online]*, 19:1-8. Acedido 08-12-2015. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- ICN (2011). *CIPE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem [ICNP Version 2 - International Classification for Nursing Practice*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Labate, R. Labate, Galera, Avanci. (2004). Visita Domiciliária: Um Olhar da Enfermagem Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem* nº 57 (5), 627-628.
- Le Bofert, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas*. Coleção Ficheiros Pedagógicos para Professores. Porto: Edições Asa.
- Leitão, L. (2003). Contratrtransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 2 (XXI) Acedido 12-12-2015. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a04.pdf>
- Mackinnon, Roger A. (1990). *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Malglaiave, G. (2003). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.
- Martins, M. (2003). A Família um Suporte ao Cuidar. *Revista Sinais Vitais*. nº 50. Formasau. 52-56.
- Mcfarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003 April). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. Volume 29 (2), 223-245.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, H., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, Vol. 23, n.º1 (Set. 2000), p. 12-28. Acedido em: 20/03/2016. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=13&hid=8&sid=c34465bd-9597-466c-a46d-c177448ddac0%40sessionmgr9>
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Monteiro, F. (2006). *Prevenção do Estigma Social da Doença Mental*. *Saúde Mental e Reabilitação*, Folhetos SNR, 56, 16-23.
- Nabais, António. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, n.º 30. 38-43.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1994). La protection de la santé des personnes âgées. 111 – 127.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista na relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Gedde, J. Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family

- intervention and cognitive behavior therapy. *Psychological Medicine*, nº 32. 763-782.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007 -2016. (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. 1395-1409.
- Pratt, S., Rosenberg, S; Mueser, K., Brancato, J., Salyers, M., Jankowsky, M. Descamps, M. (2005). Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*. XIV. (2). 121 – 127
- Rodrigues, M. (2012). *Necessidades Educativas do Cuidador Informal da Pessoa com Esquizofrenia*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Sá-Chaves, I. (2007) – *Portfólios Reflexivos: estratégia de formação e de supervisão*. 3ª ed. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santos, A. (2004). *Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de Doutoramento, Porto.
- Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Schumacher, K.L., Jones, P.S., e Meleis, A.I. (1999). *Helping elderly persons in Transition: A framework for research and practice*. In Swanson, E., & Tripp-Reimer, T. (Eds), *Life Transitions in older adult. Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1-24). New York: Springer Publishing Company.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto editora
- Serra, S. (2014). *Intervenções de Enfermagem na Pessoa com Sintomatologia Depressiva: o uso do Relaxamento*. Relatório do Trabalho de Projeto do 2º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.
- Soares, E. (2013). *Os Familiares e Processo de Internamento de um Membro da Família no Hospital: Vivenciar uma Transição*. Dissertação de Mestrado em

Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2010). Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. *II Congresso Internacional da SPESM*, 26-29 Out. 2010. Barcelos.

Sousa, M. F. A. (2003). A formação contínua em enfermagem. *Revista Nursing*. nº 175, 28-33.

Souza, R.; Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 13(2):173-179. Acedido em: 20/03/2016. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.

Wright, M. L, Leahey, M. (2010). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. 5ªed. São Paulo. Roca.

Yacubian, J, Neto, F. (2001). Psicoeducação familiar. *Fam. Saúde Desenv*, (3), 98-108. Acedido em: 19/02/2016. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5047/3816>

Zagonel, I.P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7(3), 25-32.

APÊNDICES

Apêndice I
Objetivos específicos de estágio

Objetivos Específicos e Atividades

1 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Integrar a equipa interdisciplinar dos Serviço onde vou desenvolver o projeto (internamento e comunidade)

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Entrevista informal ao Enf^o(a) orientador (a), acerca da metodologia/organização/gestão da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço- Apresentação do espaço físico/recursos materiais em termos de produtos/equipamentos de apoio existentes no serviço- Observação da articulação do serviço com os restantes serviços de apoio (hospital/comunidade; comunidade/IPSS) com o intuito de dar continuidade aos cuidados de enfermagem- Elaboração do horário a realizar durante o ensino clínico- Elaboração, apresentação e validação do projeto de estágio	Mestranda Enf ^o (a) orientador (a), Professor Orientador Equipa interdisciplinar	1 ^a e 2 ^a semanas de estágio

2 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Caracterizar os cuidadores informais de pessoas com doença mental grave

Justificação: Ao conhecer melhor a família, melhor se coadunam as intervenções de enfermagem.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Elaborar um documento baseado no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary que sirva de apoio na entrevista à família;- Aplicar este documento aos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia.	Mestranda Enf ^o (a) orientador (a), Professor Orientador Família	Ao longo do estágio

3 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador informal

Justificação: Ao identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de saúde mental o enfermeiro, programa as suas intervenções de acordo com as necessidades identificadas.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
- Efectuar um levantamento das necessidades de formação junto das famílias (avaliação do conhecimento e necessidades de ensinios relativos aos cuidados à pessoa), através de um documento próprio.	Mestranda Enfº(a) orientador (a), Professor Orientador Família	Ao longo do estágio

4 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, analisa os resultados das necessidades identificadas e elabora planos de sessão

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Criar um modelo de planos de ação- Elaborar planos de sessões para cada uma das necessidades identificadas pelo cuidador informal (esclarecimento sobre doença mental - esquizofrenia, a sintomatologia, as causas e a evolução da doença, a terapêutica, as estratégias a adotar perante as dificuldades, as suas limitações enquanto cuidador informal, os recursos existentes para auxiliar no papel de cuidador).	Mestranda Professor Orientador Enf ^o (a) orientador (a), Equipa interdisciplinar	Ao longo do estágio

5 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, implementa programas de melhoria contínua.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<p>- Implementar sessões psicoeducativas semanais(poderão a título de exemplo serem estas as temáticas), de realçar que as sessões psicoeducativas irão estar de acordo com as necessidades identificadas pela família.</p> <ul style="list-style-type: none">- O porque estamos aqui? (Partilhar as experiências e sentimentos sobre o desempenho do seu papel)- Saber mais sobre esquizofrenia (Sistematizar os conhecimentos teóricos dos cuidadores sobre esquizofrenia)- Cuidar na esquizofrenia (promover a aquisição de estratégias para enfrentar as situações problemáticas da vida diária);- Aprender a cuidar de si (promover atitudes positivas face à prestação dos cuidados)- Recursos na comunidade (informar os cuidadores acerca dos recursos existentes na comunidade)	<p>Mestranda Professor Orientador Enf^o(a) orientador (a), Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

6 - OBJETIVO ESPECIFICO: Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à promoção do bem-estar dos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, avalia os resultados obtidos relativamente à aplicação das sessões psicoeducativas.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
- Partilha no final das sessões psicoeducativas; - Aplicação de questões abertas de forma a avaliar a sessão e os benefícios da mesma para os cuidadores informais. 1. Nesta sessão, o que mais gostei... 2. Nesta sessão descobri que... 3. Nesta sessão, senti que... 4. Nesta sessão, refleti sobre...	Mestranda Professor Orientador Enf ^o (a) orientador (a), Família	Ao longo do estágio

7 - OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver a capacidade de análise reflexiva no contexto da aplicação do projeto

Justificação: A prática reflexiva é importante para a avaliação do desempenho e para o processo de aprendizagem, permitindo valorizar o que foi realizado corretamente e reformular o que estiver menos correto, facilitando o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento de modo contínuo.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Realização de reuniões com Enf^o(a) orientador (a), para reflexão do desempenho da mestranda na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.- Observação da Enf^o(a) orientador (a), nos cuidados de enfermeiro especialista- Jornais de aprendizagem realizados semanalmente de forma a contribuir para a construção de aprendizagens.	Mestranda Enf ^o (a) orientador (a), Professor Orientador	Ao longo do estágio

Apêndice II
Objetivos de Estágio para o Contexto de
Internamento

Internamento de agudos

Os objetivos para este campo de estágio foram:

1. Integrar a equipa multidisciplinar, demonstrando capacidade de adaptação e competências na ordem do saber-ser e saber-estar
2. Aumentar os conhecimentos na área da psiquiatria na fase do ciclo vital do adulto,
3. Observar diretamente as atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem;
4. Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente/família
5. Aperfeiçoar competências de reflexão e auto-avaliação sobre os cuidados prestados – através dos jornais de aprendizagem semanais;
6. Identificar as necessidades do utente/cuidador informal;
7. Intervir junto do utente com perturbação mental, nomeadamente com utentes cujo diagnóstico seja esquizofrenia, e com a sua família, através de cuidados especializados na área da saúde mental e psiquiátrica,
8. Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas com o utente portador de doença mental grave e com o seu cuidador informal;
9. Avaliar as intervenções de enfermagem especializadas com o utente portador de doença mental grave e com o seu cuidador informal;
10. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Apêndice III
Objetivos Específicos de Estágio
Reformulados

Objetivos Específicos e Atividades

1 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Caracterizar os cuidadores informais de pessoas com doença mental grave

Justificação: Ao conhecer melhor a família e a pessoa que sofre de doença mental, melhor se coadunam as intervenções de enfermagem.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Elaborar um documento baseado no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary que sirva de apoio na entrevista à família;- Aplicar alguns tópicos deste documento aos cuidadores informais de pessoas com doença mental grave;- Visualizar o processo clínico da pessoa que sofre de doença mental grave;- Efetuar uma avaliação do estado mental que sofre de doença mental grave;	Mestranda Enf ^o (a) orientador (a), Professor Orientador Família Pessoa com doença mental grave	Ao longo do estágio

2 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar as dificuldades/necessidades da pessoa com doença mental grave e do cuidador

Justificação: Ao identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de saúde mental o enfermeiro, programa as suas intervenções de acordo com as necessidades identificadas.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<p>- Efectuar um levantamento das necessidades de formação junto do cuidador informal (avaliação do conhecimento e necessidades de ensinios relativos aos cuidados à pessoa), orientado por quatro questões:</p> <p>1 – O que representa para si a doença mental da pessoa de quem cuida? (o que a causou; sintomas e evolução)</p> <p>2 – O que significa para si a medicação psiquiátrica que o doente toma?</p> <p>3 – Quais as dificuldades que sente no seu dia-a-dia, ao cuidar da pessoa com esta doença mental?</p> <p>4 – Quais as suas atitudes perante essas dificuldades?</p> <p>- Questionar nas consultas de enfermagem à pessoa que sofre de doença mental grave sobre as suas necessidades e dúvidas.</p>	<p>Mestranda Enfº(a) orientador (a), Professor Orientador Família Pessoa com doença mental grave</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

3 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, analisa os resultados das necessidades identificadas e elabora planos de sessão.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Criar um modelo de planos de ação- Elaborar planos de sessões para cada uma das necessidades identificadas pelo cuidador informal (esclarecimento sobre doença mental - esquizofrenia, a sintomatologia, as causas e a evolução da doença, a terapêutica, as estratégias a adotar perante as dificuldades, as suas limitações enquanto cuidador informal, os recursos existentes para auxiliar no papel de cuidador);- Efetuar um plano de cuidados para a pessoa que sofre de doença mental grave;	Mestranda Professor Orientador Enf ^o (a) orientador (a), Equipa interdisciplinar	Ao longo do estágio

4 - OBJETIVO ESPECÍFICO: Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, implementa programas de melhoria contínua.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Implementar sessões psicoeducativas semanais de acordo com as necessidades identificadas pelo cuidador informal;- Implementar os planos de cuidados delineados para a pessoa com doença mental grave;	Mestranda Professor Orientador Enf ^o (a) orientador (a), Família Pessoa com doença mental grave	Ao longo do estágio

5 - OBJETIVO ESPECIFICO: Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas às pessoas com doença mental grave e aos cuidadores informais

Justificação: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto elo dinamizador do desenvolvimento e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados, avalia os resultados obtidos relativamente à aplicação das sessões psicoeducativas.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Partilha no final das sessões psicoeducativas;- Aplicação de questões abertas de forma a avaliar a sessão e os benefícios da mesma para os cuidadores informais através de questões abertas1. Nesta sessão, o que mais gostei...2. Nesta sessão descobri que...3. Nesta sessão, senti que...4. Nesta sessão, refleti sobre...- Observar a mudança de comportamentos e atitudes face à doença, nas consultas de enfermagem subsequentes à intervenção de enfermagem.	Mestranda Professor Orientador Enf ^o (a) orientador (a), Família Pessoa com doença mental grave	Ao longo do estágio

6 - OBJETIVO ESPECIFICO: Desenvolver a capacidade de análise reflexiva no contexto da aplicação do projeto

Justificação: A prática reflexiva é importante para a avaliação do desempenho e para o processo de aprendizagem, permitindo valorizar o que foi realizado corretamente e reformular o que estiver menos correto, facilitando o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento de modo contínuo.

Atividades Planeadas	Intervenientes	Data de realização
<ul style="list-style-type: none">- Realização de reuniões com Enf^o(a) orientador (a), para reflexão do desempenho da mestranda na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.- Observação da Enf^o(a) orientador (a), nos cuidados de enfermeiro especialista- Jornais de aprendizagem realizados semanalmente de forma a contribuir para a construção de aprendizagens.	Mestranda Enf ^o (a) orientador (a), Professor Orientador	Ao longo do estágio

Apêndice IV
Avaliação das Abordagens
Psicoeducativas aos Familiares

Avaliação das sessões psicoeducativas

1. Nesta sessão, o que mais gostei...

2. Nesta sessão descobri que...

3. Nesta sessão, senti que...

4. Nesta sessão, refleti sobre...

Apêndice V
Avaliação da Família – baseado Modelo de
Avaliação e Intervenção de Calgary

Esta avaliação foi efetuada com base na observação da interação entre os membros da família, aquando da visita ao utente e nas entrevistas ao utente e à cuidadora informal N.G.O (Alguns dados estarão omissos, de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade da pessoa).

Identificação dos Membros da Família (nomes fictícios e dados omitidos com o intuito de preservar a confidencialidade e o anonimato)

Nome	A.C.O. (1)	L.F.O. (2)	D.F.O. (3)	A.P.O. (4)	N.G.O. (5)	S.F.O (6)	M.A.O (7)	V.M.O (8)	D.F.O. (9)	D.F.O. (10)
Papel Familiar	Mãe	Pai/	Irmão	Irmã	Irmã	Irmã	Irmã/Mãe	Irmã/Mãe	Irmão/Pai	Irmão/Pai
Género	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	54	34	23	21	27	15	39	29	36	32
Data de Nascimento	██████	██████	██████	██████	██████	██████	██████	██████	██████	██████
Escolaridade	4º Ano	4º Ano	8º Ano	6º Ano	9º Ano	_____	_____	-----	6º Ano	8º Ano
Profissão	██████	██████ ██████	██████ ██████	██████ ██████	██████	██████	██████ ██████	██████ ██████	██████ ██████	██████ ██████

1. Avaliação Estrutural

1.1. Estrutura Interna:

Composição Familiar	Núcleo familiar é composto pela mãe, o Srº L. e os 3 irmãos; Vivem em casa própria, cinco deles já constituíram família, e o Srº L. constituiu família mas regressou para a casa da mãe após divórcio.
Género	Família com predominância do género Feminino.
Orientação Sexual	Família de Orientação Heterossexual
Ordem de nascimento	7 → 9 → 2 → 8 → 10 → 5 → 3 → 4 → 6

Subsistemas:

Conjugal	9 → 7 → 8 → 10 → 2
Parental	Apresenta boa relação com o filho e com os sobrinhos e há uma boa relação entre os casais e os seus filhos.
Fraternal	Existem boas relações afetivas

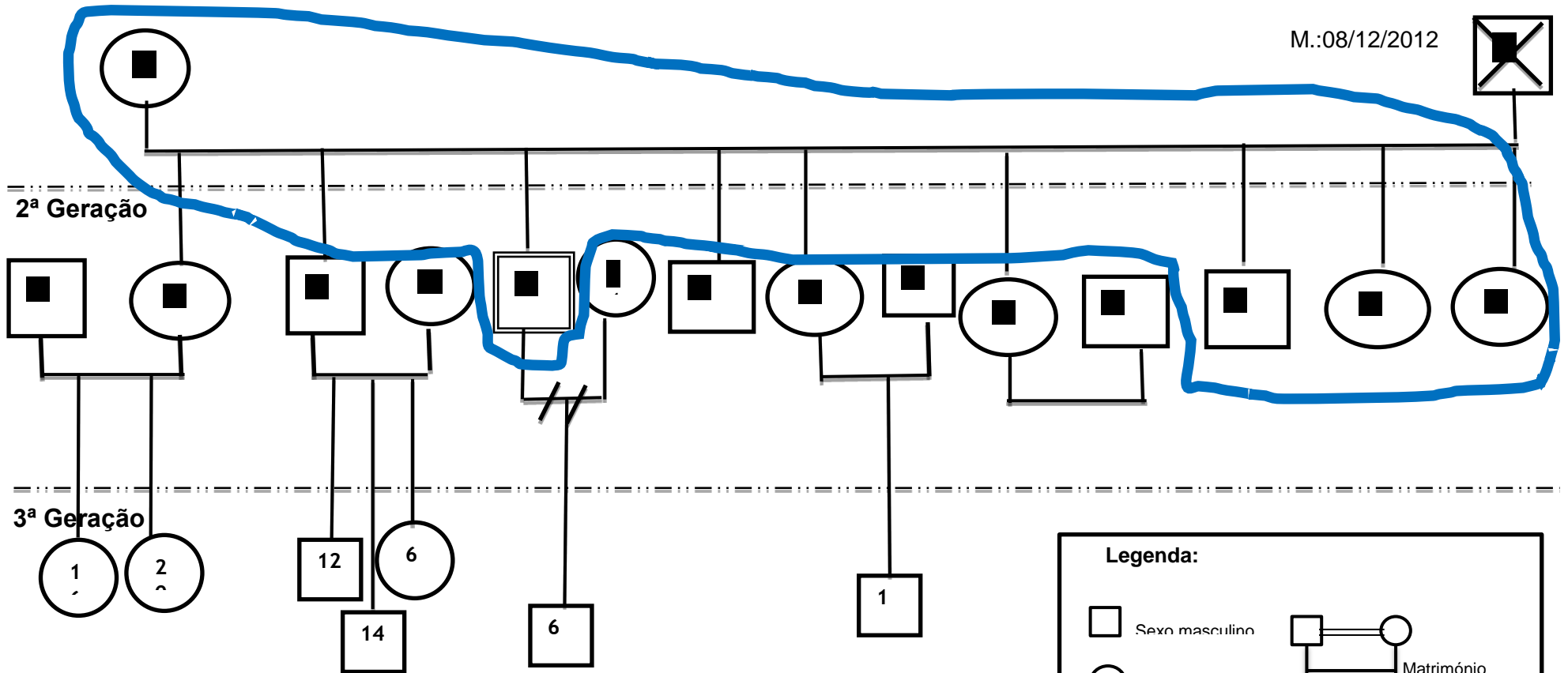
Limites/Fronteiras (*flexível, rígida, anárquica*)

Flexível

1.2 Genograma (encontra-se incompleto, de forma a preservar a confidencialidade e o anonimato)

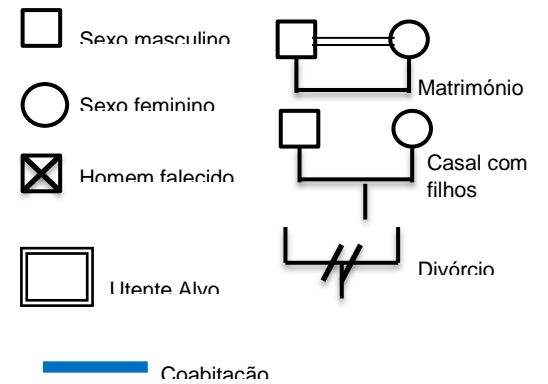
1ª Geração

M.:08/12/2012

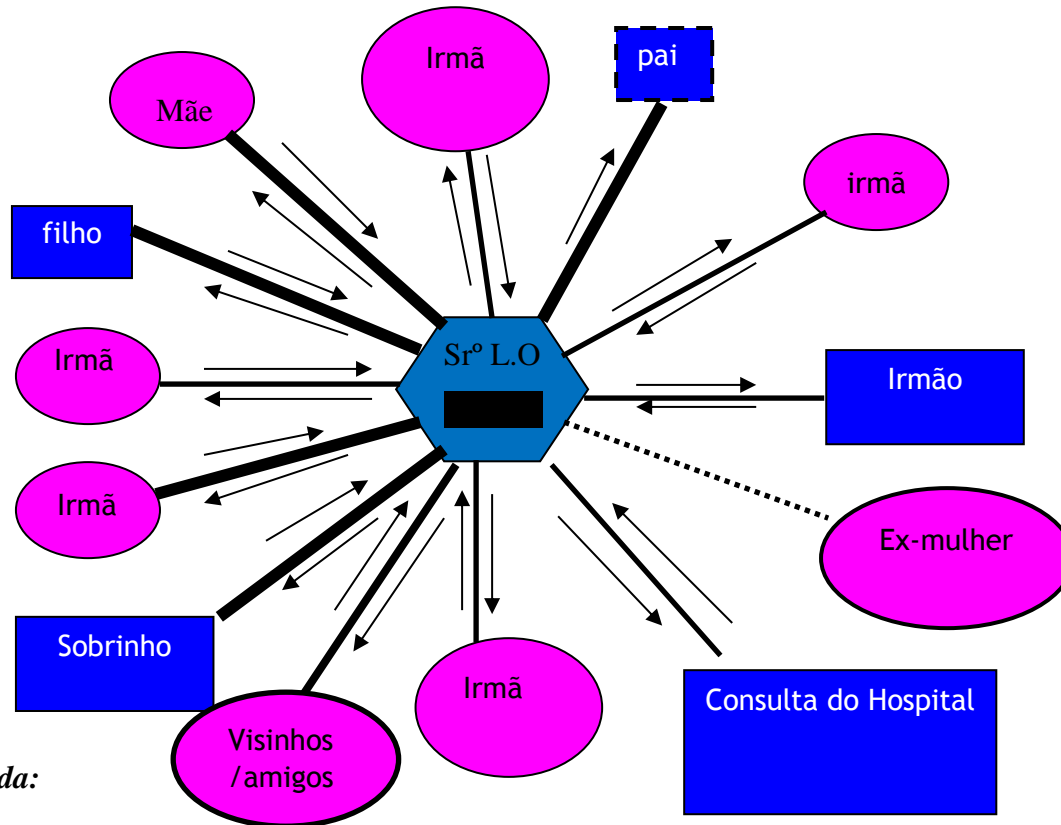


3ª Geração








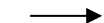
Legenda:



1.2.1- Ecomapa (encontra-se incompleto com o intuito de preservar a confidencialidade e o anonimato)



Legenda:

	- Sexo feminino		- Relação muito forte
	- Sexo masculino		- Relação forte
	- Falecido		- Relação muito fraca
	- Vizinhos/Amigos		- Fluxo de energia

1.3. Estrutura Externa:

Família Alargada	O utente tem [REDACTED] irmãos e sobrinhos
Subsistemas Mais Amplos	O utente vive dos rendimentos [REDACTED].

1.4. Contexto:

Etnia:

Todos os elementos são de etnia Caucasiana.

Classe Social:

Valores	Pertencem a uma classe social média baixa (segundo a avaliação efetuada através da Escala de Graffar).
Estilos de Vida	Hábitos considerados Saudáveis; Há consumo de [REDACTED] por parte do utente; Alimentação pouco saudável; Realizam pouca atividade física.
Comportamentos	Não possuem comportamentos desviantes; O utente passa a maior parte do tempo sentado em casa, realiza atividades com os animais [REDACTED] [REDACTED]
Recursos	[REDACTED] [REDACTED] Dois dos irmãos trabalham e ajudam nas despesas.
Fatores de Stress	Existem fatores geradores de stresse na família, relacionados com o estado de saúde do utente que tem uma doença mental, [REDACTED] [REDACTED]

Religião/ Espiritualidade

Valores	Católica
Hábitos	Católicos
Comportamentos	Católicos

1.5. Ambiente

Tipo de Habitação (casa do casal em análise)	Casa Térrea; Razoáveis condições habitacionais; Tipo T3;
--	--

Condições da habitação	A casa do utente apresenta razoáveis condições habitacionais, com as mobílias e eletrodomésticos essenciais.
Saneamento Básico	A casa do utente dispõe de ligação à água canalizada proveniente da rede pública de abastecimento; Apresenta o sistema de esgotos, mas não está ligado à rede municipal. O abastecimento de gás é através de botija.
Luminosidade	Em todas as divisões da casa estão presentes janelas, que permitem a entrada de luz natural e arejamento da casa; Todas as divisões possuem iluminação elétrica.
Estado de Higiene/Arrumação	Segundo o Srº L. a casa apresenta-se arrumada e com condições de higiene razoáveis. Refere que colabora na arrumação e limpeza da casa 1 vezes semana.
Adequação do Espaço	A casa apresenta boa adequação do espaço, divisões de dimensões consideráveis; não apresenta escadas.
Privacidade	Todas as divisões apresentam porta, estores e cortinados que promovem a privacidade.
Acessibilidade	A localização da casa não tem acessos fáceis, mas encontra-se junto a outras casas habitadas.

2. Avaliação do Desenvolvimento

2.1. Etapas

Etapa do Ciclo de Vida	Jovem adulto
Mudanças recentes na Família/Problemas Associados	Última mudança na família ocorreu [REDACTED] com a morte do pai. Em [REDACTED] dá-se o divorcio do Srº L.
Alterações inerentes aos Subsistemas	Ao nível do sistema conjugal devido ao divórcio.

2.2. Tarefas

Adaptação às tarefas dos diferentes membros familiares	A mãe do utente apresenta sobrecarga de tarefas, uma vez que presta cuidados diretos ao utente 24h por dia e ao neto de 1 ano de idade.
Distribuição de Tarefas pelos Membros da Família	Existe diálogo e acompanhamento diário por parte da irmã N.G.O que está responsável pela gestão da casa e realiza as compras necessárias.

2.3. Vínculos

Vínculos Afetivos Entre Membros da Família

Pode constatar-se no ecomapa que existem vínculos muito fortes com a mãe, pai, irmã N.G.O, o filho e o sobrinho.

3. Avaliação Funcional

3.1. Atividades de Vida Diárias

Manter um ambiente seguro	Devido à condição psicopatológica o utente demonstra desinteresse pelo ambiente externo e episódios de agressividade quando contrariado.
Comunicar	O Srº L. apresenta-se pouco comunicativo e lentificado no discurso. Restante família sem dificuldades comunicacionais.
Respirar	O utente apresenta cansaço fácil a médios esforços devido à obesidade. Restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Comer e Beber	O [REDACTED] apresentam obesidade. A restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Eliminar	A família em geral não apresenta alterações ao nível da eliminação.
Higiene pessoal e vestir-se	Utente necessita de incentivo para cumprir os cuidados de higiene e conforto. Restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Controlar a temperatura do corpo	O utente e a restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Movimentar-se	O utente apresenta obesidade e sedentarismo [REDACTED] A [REDACTED] restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Trabalhar e divertir-se	O utente fica sentado no sofá a ver televisão a maior parte do tempo. No entanto ajuda na lide com os animais do avó e faz algumas atividades hortícolas Restante família não foi possível avaliar.
Expressão da sexualidade	Não foi possível avaliar.
Sono e repouso	O utente apresentava alterações nesta necessidade humana fundamental (insónia inicial) pelo que faz medicação para induzir o sono; Restante família sem alterações ao nível desta necessidade.
Morte	Não foi possível avaliar.

3.2. Expressivo

Comunicação Emocional	Não existem quaisquer problemas comunicacionais entre os elementos da família.
Padrão de Comunicação	A comunicação entre os diversos membros da família ocorre sem alterações, de modo assertivo sem existência de atritos.
Influência e Poder nas Relações	A irmã N.G.O é quem demonstra maior influência junto do utente, também por estar mais disponível e preocupada com a doença do utente.
Crenças e Sua Influência	Não foi possível avaliar.
Capacidade para Resolver Problemas	O utente apresenta capacidades de resolução de problemas simples e aqueles que ele considera mais complicados pede a ajuda da mãe e da irmã N.G.O.
Fatores de Stress Familiar	A confrontação que a mãe e a irmã do utente fazem em relação [REDACTED]. O utente por vezes fica agressivo verbalmente perante esta confrontação e elas ficam frustradas.
Importância dos Problemas Familiares	Não foi possível avaliar.
Validação dos Problemas Identificados com a Família	Não foi possível avaliar.

4. APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

Neste questionário entendeu-se como família as pessoas com quem o utente mantém laços afetivos mais fortes. Foram lidas as questões ao utente por mim e o utente colocava uma cruz, de acordo com a sua avaliação, no item que lhe parecia ser o mais congruente.

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos	X		

de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
Total:	9 Pontos (Família Altamente Funcional)		

Legenda:

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 - Família altamente funcional

4 a 6 - Família com moderada disfunção

0 a 3 - Família com disfunção acentuada

Apêndice VI
Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico CIPE	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
24 de outubro de 2015	Gestão do regime terapêutico não demonstrado (hábitos alimentares, regime medicamentosos, hábitos de exercício físico)	Que até ao final do internamento, o Sr.º L. adquira conhecimentos sobre o regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico - efetuada sessão psicoeducativa sobre esta temática. - Ensinar sobre hábitos alimentares – efetuar sessão de educação para a saúde sobre os mesmos (utente pesa ████████) - Aconselhamento nutricional – notificar dietista devido a um IMC de 44.4, - Reforçar a importância da adesão terapêutica; - Acompanhar por telefone pós-alta: Follow Up; - Encorajar o utente a assumir um papel ativo no tratamento; - Entregar folhetos. 	<p>O Srº L., adquiriu alguns conhecimentos sobre a terapêutica e sobre uma alimentação saudável e diversificada no entanto foi feito o reforço também ao cuidador informal.</p> <p>No momento da alta foram entregues e explicados folhetos sobre os hábitos alimentares saudáveis e a gestão do regime terapêutico</p>
21 de outubro de 2015	Comunicação verbal alterada (discurso lentificado)	Que até ao final do internamento, a Srº L. Consiga adquirir competências de comunicação: expressão e	<ul style="list-style-type: none"> - Salientar a importância da continuação do tratamento medicamentoso; - Dar tempo ao utente para se expressar - Auxiliar o doente a identificar elementos positivos e reforçá-los; - Acompanhamento por telefone após alta: Follow Up; - Incentivar socialização com outras pessoas; - Reforçar a importância de delinear objetivos diários; 	A comunicação foi ficando menos lentificada ao longo do internamento.

		processamento da informação.		
19 de outubro de 2015	Pensamento alterado (delírio auto-referencial)	Que até ao final do internamento, o utente não apresenta atividade delirante	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar presença; - Atenuar Delírio; - Efetuar intervenção psicoeducativa sobre sinais e sintomas da doença; - Gerir ambiente físico; - Vigiar o pensamento; - Orientar para a realidade; - Preparação para alta; - Acompanhar por telefone após alta: Follow Up 	O Srº L. não apresenta discurso sugestivo de delírio.
19 de outubro de 2015	Dependente ■■■■■	Que até ao final do internamento, o Sr.º L. e a cuidadora informal tenham a noção da interação desta substância com a terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sintomatologia de privação ■■■■■ - Incentivar a ingestão hídrica - Administrar a medicação prescrita para os efeitos de alívio da "ressaca" e evitar crises convulsivas - Efetuar intervenção psicoeducativa com o utente e cuidador informal sobre os efeitos adversos ■■■■■ e a interação deste na medicação habitual do utente - Preparação para alta; - Acompanhar por telefone após alta: Follow Up; - Entregar folhetos 	<p>O utente durante o internamento não apresentou sinais de ■■■■■ acentuados, após sensibilização dos malefícios ■■■■■</p> <p>■■■■■ utente disse que iria deixar de ■■■■■ e a cuidadora informal foi orientada no sentido de não fornecer este tipo de ■■■■■ ao irmão</p> <p>Foi entregue e explicado folheto sobre a dependência ■■■■■</p>

24 de outubro de 2015	Aceitação do estado de saúde não demonstrado	Que o Srº L. adquira conhecimentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre possíveis complicações; - Oferecer tranquilização sobre a condição de vida do utente; - Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo da doença. - Acompanhar por telefone após alta: Follow Up; - Encaminhar o utente para o projeto K (projeto que tem como objetivo uma estreita articulação entre C.S e Hospital) há um acompanhamento mais próximo ao utente. 	<p>O utente aceita que está doente, mas não apresenta insight para a doença.</p> <p>O utente aceitou o projeto K.</p>
24 de outubro de 2015	Processo social comprometido	Que o Srº L. tenha uma atividade ocupacional e que interaja socialmente com outras pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> - Escutar ativamente; - Promover a expressão de sentimentos; - Encorajar relações interpessoais (com os vizinhos e amigos); - Identificar fatores que agravam o isolamento; - Promover a mudança de comportamentos (aptidões sociais); - Aconselhar os membros da família; - Acompanhar por telefone após alta: Follow Up; - Incentivar socialização com outras pessoas; - Propor ao utente uma ocupação. 	<p>Foi colocada a hipótese à irmã N.G.O e ao utente de ter uma ocupação, mas este rejeitou e a irmã mencionou que já tinha procurado mas que o utente se recusava a ir.</p> <p>Questionado sobre o motivo de não adesão à atividades de ocupação o utente menciona que <i>“já tem muito com que se ocupar em casa a cuidar [redacted] e dos animais [redacted] (sic)</i></p>

Apêndice VII
Plano de Sessão

1. Identificação da Ação

- **Tema: A Roda dos Alimentos**
- **Destinatários/População Alvo:** Utentes internados que estejam estáveis a nível psicopatológico.
- **Duração da Sessão:** 95 minutos
- **Data:** 26/11/2015
- **Hora:** 11:00h
- **Local:** Unidade Autónoma – Copa dos utentes
- **Moderadores:** Célia Miranda e Enf^o Pedro

2. Objetivo Geral:

- Motivar os utentes para uma alimentação equilibrada

3. Objetivos Específicos:

- Conhecer a roda dos alimentos;
- Identificar alguns alimentos que fazem parte duma Alimentação Saudável e Equilibrada
- Identificar a que grupo pertence os alimentos utilizados na receita.
- Interação entre os elementos do grupo;

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos moderadores; • Apresentação do tema; • Justificação do tema; • Apresentação dos objetivos da sessão; 	Expositiva	<u>Humanos:</u> aluna de especialidade e Orientador <u>Materiais:</u> cadeiras	3 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar os doentes sobre o que entendem por roda dos alimentos; • Explicar a importância de uma alimentação equilibrada; • As consequências de não ter uma alimentação equilibrada; • Efetuar uma receita com os utentes; 	Interativa Expositiva Ativa	<u>Humanos:</u> aluna de especialidade, Orientador e doentes <u>Materiais:</u> imagem da roda dos alimentos; Papel vegetal, forno, tabuleiros, rolo, colher, manteiga, farinha, mel, limão, ovos, canela, copo de medição, diferentes moldes.	70 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Provar os alimentos confeccionados pelos próprios utentes 	Expositiva	<u>Humanos:</u> aluna de especialidade e Orientador	15 minutos
Avaliação da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar os utentes no final da sessão sobre: O que representa a roda dos alimentos? O que significa ter uma alimentação equilibrada? Quais são os alimentos que devemos incluir na nossa alimentação com mais regularidade e os alimentos que devemos evitar? <p>Estas questões irão ajudar o formador a perceber se os utentes interiorizaram os conteúdos abordados na sessão.</p>	Interativa	<u>Humanos:</u> aluna de especialidade, Orientador e doentes	5 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> • Despida e agradecimento pela presença 	Interativa		2 minutos

Apêndice VIII
Avaliação das Necessidades dos
Familiares Cuidadores

Avaliação das necessidades da família

1 – O que representa para si a doença mental da pessoa de quem cuida?

(o que a causou; sintomas e evolução)

2 – O que significa para si a medicação psiquiátrica que o seu familiar toma?

3 – Quais as dificuldades que sente no seu dia-a-dia, ao cuidar do seu familiar?

4 – Quais as suas atitudes perante essas dificuldades?

Apêndice IX
Folhetos Elaborados para os Familiares
Cuidadores

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

Manuais de Apoio

Afonso, I. (2014). *Necessidades educacionais de cuidadores de pessoas com esquizofrenia*. Lisboa. Padrões Culturais Editora.

Basteiro, S., et al. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais*. Lisboa : Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental, Edições FNAFSAM .

DOENÇA MENTAL

O desconhecimento da doença mental leva a que se crie uma ideia errada da pessoa com doença mental. É importante a informação desmitificar algumas ideias erradas que a sociedade, por vezes, ainda apresenta.

Você é o nosso
parceiro!



**CUIDADORES
INFORMAIS DE
PESSOAS COM
DOENÇA
MENTAL**



Elaborado por: Célia Miranda—Estagiária da
Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Telefone: 214 940 387

O Papel do Cuidador Informal

Como apoiar a pessoa que sofre de doença mental

Doença Mental

A doença mental é um sofrimento humano concreto e imenso. Pode manifestar-se em vários níveis e com maior ou menor alteração na relação da pessoa consigo mesma, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente.

A doença mental pode atingir qualquer pessoa, em qualquer altura da vida, **mas tem tratamento.**

O **tratamento farmacológico (medicação)** e o **tratamento psicoterapêutico (envolve-se a pessoa, a família e o meio social no processo de doença)** levam a uma **diminuição dos sintomas e aumento da qualidade de vida em 70% a 90% das pessoas com doença mental.**



O Cuidador Informal é um parceiro ativo no ato de cuidar e também alvo de cuidados.



•As suas funções são a de proporcionar apoio emocional, segurança, amor, aceitação, interesse e compreensão relativamente ao seu familiar.

É importante que procure ajuda com os serviços de saúde para prevenir a sobrecarga e ajudá-lo no desempenho desse papel.

Porque:

É natural que, por vezes, se sinta zangado ou stressado.

•Ninguém pode apoiar 100%, sempre

Nós estamos aqui para o Ajudar!

Incentive o seu familiar a adotar uma rotina diária, sempre que possível;

Promova a autonomia do seu familiar, ou seja, deixe a pessoa fazer as coisas por si própria, mesmo que a um ritmo mais lento;



Incentive o seu familiar a ter convívio social (amigos, familiares);

Estimule a procura ou a manutenção de uma ocupação/atividade que dê prazer;

Responsabilize-o pelo tratamento;

Estabeleça limites para determinados comportamentos.



Sites de recurso

http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Educacao_para_a_saude/Cartaz_Higiene_do_Sono.pdf

<http://clinicadosonoporto.com/wp-content/uploads/2013/03/Higiene-do-sono.pdf>

Quando uma pessoa dorme o organismo desempenha inúmeras funções que são fundamentais para a saúde física e mental.



Higiene do Sono



Para um Sono mais Tranquilo...



Elaborado por: Célia Miranda—Estagiária da
Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Telefone: 214 940 387

Hábitos de Sono

O sono é uma necessidade de todos os seres vivos.

As pessoas que têm um período de sono adequado, sentem que a sua energia foi restabelecida, sentem-se menos ansiosas e mais preparadas para enfrentar o seu dia-a-dia.

Funções do Sono

- * Reduz a fadiga
- * Promove o bem estar emocional;
- * Promove o relaxamento dos músculos;
- * Restaura a energia física e mental;



Dicas para o Dia para o seu familiar

- Acordar sempre à mesma hora;
- Deve levantar-se após acordar, pois demasiado tempo na cama acordado pode dificultar o adormecer à noite;
- Limite as sestas ;
- Não beba café , refrigerantes, ou cacau após o lanche pelo fato de serem estimulantes.
- Se faz medicação não deve beber bebidas alcoólicas;
- Evite fumar antes de se deitar, a nicotina é um estimulante.
- Pratique desporto, ajuda a tornar o sono mais profundo. Contudo, deve evitar de praticá-lo à noite pois pode funcionar como um estimulante.



Dicas para a noite para o seu familiar

Deitar-se sempre à mesma hora;

Bloqueie o barulho o melhor possível,

Mantenha o quarto escuro e com uma temperatura agradável;

Procure não levar as preocupações para a cama;

Estabeleça um ritual de sono fazendo algo relaxante antes de se deitar: um banho quente,

beber leite quente ou chá de camomila ou tilia, ouvir música calma , ler um pouco e diminuir a



“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Gandhi

Manuais de Apoio

Basteiro, S., et al. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais*. Lisboa : Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental, Edições FNAFSAM

<http://www.janssen.pt>

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Principia Editora, Lda

É natural que muitas dúvidas surjam na família em relação ao comportamento que vão ter de adotar perante esta nova etapa da vida do seu familiar. Primeiro que tudo é importante que o familiar comece por se colocar no lugar da outra pessoa.



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Elaborado por: Célia Miranda—
Estagiária da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental

Telefone: 214 940 387



Como Lidar com alguns Sinais e Sintomas da Doença Mental Grave



A doença mental não ocorre de um dia para o outro. É um processo que depende de vários fatores e pode demorar algum tempo para se manifestar.

Sinais e Sintomas

Desorganização do pensamento: a pessoa apresenta uma forma desorganizada de pensar, que se reflete no seu discurso e na forma de compreender o que o rodeia, ou seja, o mundo exterior.

Descontrolo de Movimentos: a pessoa pode ter movimentos desorganizados, inesperados e fora de controlo.

Alterações do comportamento: pode sentir as vivências do quotidiano de forma diferente com tendência ao isolamento.

Delírios: são crenças falsas que dominam o comportamento e opinião da pessoa, como por exemplo, estar atormentado porque alguém o persegue; achar que tem poderes especiais; achar que estão a troçar de si e que tudo o que os outros fazem é dirigido a si e achar que uma força exterior o controla.

“Ele diz que é descendente do Rei D. João I”.
(testemunho de um familiar)

Alucinações: a pessoa tem sensações sem que exista o estímulo para as sentir, como por exemplo, ouve vozes que lhe podem dar ordens; vê pessoas ou coisas que pensa que o vigiam ou que lhe querem fazer mal.

“Ouve vozes que falam dele, que lhe podem dar ordens a que se vê obrigado a resistir e a obedecer”.
(testemunho de um familiar)

Estratégias para lidar com a pessoa com comportamento alterado

Procure ajuda técnica no hospital ou no centro de saúde.

Fale de forma calma e clara;

Use frases curtas e simples;

Evite discutir o conteúdo da alucinação, refira apenas que não consegue ouvir, ou ver o mesmo que ele;

Faça-o sentir-se aceite e compreendido pela família;

Fora dos momentos de crise:

Incentive o seu familiar a participar e a responsabilizar-se pelas atividades domésticas;

Não perca de vista as coisas positivas que o seu familiar possui e sinalize-as;

Demonstre aceitação.

Manifeste carinho.

Evite em situação de descompensação :

Contrapor o que o seu familiar considera ser real “Isso não existe, lá estás tu a inventar coisas, isso é da tua imaginação”. Pode abordar o assunto de outra forma: “não deve ser fácil estar sempre a ouvir o mesmo, que res falar sobre isso? Talvez se falarmos deixes de ouvir essas vozes...”

Olhar o seu familiar insistentemente nos olhos;

Impedir-lhe a passagem;

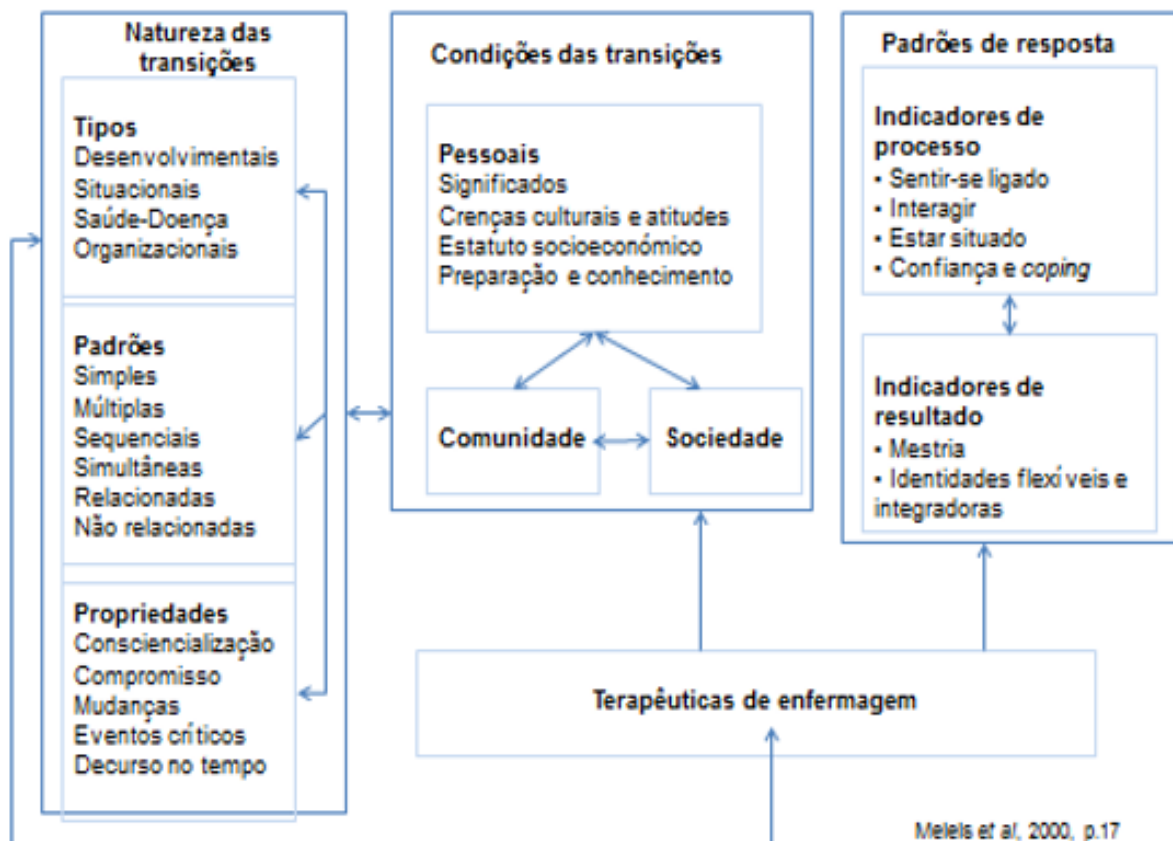
Ser arrogante e crítico;

Gritar com ele e ser intolerante perante os comportamentos dele;

Contacto físico quando está zangado.

ANEXOS

Anexo I
Diagrama da Teoria das Transições de
Meleis



Fonte: Andrade, Cármen (2013). *Membro da Família Prestador de Cuidados Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel.* (tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.